

Consent to Disclose and Verify Information*Ontario Works Act, 1997**Ontario Disability Support Program Act, 1997*

1. I/We, _____
Full name of applicant/recipient
- _____
- Name of spouse
- _____
- Name of dependent adult

consent to the collection of information by, and the release of information to, an authorized representative of:

- an Ontario Works delivery agent
- the Ministry of Community and Social Services

for the purpose of determining or verifying my/our initial and ongoing eligibility for social assistance and administering my/our social assistance.

2. Without restricting the generality of the consent in section 1, I/we specifically consent to the release of information relating to any bank account, safety deposit, assets of any nature or kind whatsoever held by me/us or on my/our behalf or by or on behalf of any of my/our dependent children or children temporarily in my/our care, alone or jointly with any other person, in any financial institution.
3. I/We further consent to an authorized representative of an Ontario Works delivery agent, or the Ministry of Community and Social Services, disclosing to any party personal information about me/us, any of my/our dependent children or children temporarily in my/our care, for the purpose of determining or verifying my/our initial and ongoing eligibility for social assistance and administering my/our social assistance.
4. I/We further consent to the information being exchanged with an Ontario Works delivery agent, or the Ministry of Community and Social Services, or the Government of Canada, the government of any other province or territory, the Government of Ontario, a ministry or department of any of the foregoing, or any agency or any party in order to verify information for the purposes of determining or verifying my/our initial and ongoing eligibility for social assistance and administering my/our social assistance.
5. I/We understand that this consent will apply to inquiries made relating to my/our initial eligibility for, as well as my/our past and ongoing receipt of, social assistance. I/We further understand that the inquiries may take the form of electronic data exchanges.

I have read or had read to me and understand the consent set out above.

Signature/mark of applicant/recipient or person applying on behalf of applicant/recipient

Witness

Date

I have read or had read to me and understand the consent set out above and I join in this consent.

Signature/mark of spouse of applicant/recipient

Witness

Date

Signature of dependent adult

Witness

Date

Notice with Respect to the Collection of Personal Information*(Freedom of Information and Protection of Privacy Act)**(Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act)*

This information is collected under the legal authority of the *Ontario Disability Support Program Act, 1997*, sections 5, 10, 45 & 46 or the *Ontario Works Act, 1997*, sections 7, 8, 15, 57 & 58 for the purpose of administering Government of Ontario social assistance programs. For more information contact

_____ at () _____ in your local Ontario Works or ODSP office.

Notice is given that information is collected from Canada Revenue Agency with respect to your receipt, if any, of the National Child Benefit Supplement, as part of the Canada Child Tax Benefit, and the Ontario Child Benefit.

**Consentement à la divulgation et à la
vérification de renseignements**

*Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail
Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux
personnes handicapées*

1. Je/nous soussigné(s) _____
Nom et prénoms de la personne auteure de la demande/bénéficiaire
- _____
- Nom de la conjointe/du conjoint
- _____
- Nom de la personne adulte à charge

consens/consentons à la collecte de renseignements par un(e) représentant(e) autorisé(e) et à la divulgation de renseignements à un(e) représentant(e) autorisé(e) :

- d'un agent de prestation du programme Ontario au travail
- du ministère des Services sociaux et communautaires

pour déterminer ou confirmer mon/notre admissibilité initiale et continue à l'aide sociale et pour administrer mon/notre aide sociale.

2. Sans restreindre la portée du consentement de la section 1, je consens/nous consentons spécialement à la divulgation de renseignements sur tout compte en banque, coffre et biens de quelque nature que ce soit, détenus par moi/nous ou en mon/notre nom, ou par mes/nos enfants à charge ou les enfants qui sont temporairement confiés à mes/nos soins ou bien en leur nom, seuls ou en commun avec toute autre personne dans toute institution financière.
3. Je consens/nous consentons en outre à ce qu'un(e) représentant(e) autorisé(e) d'un agent de prestation du programme Ontario au travail ou du ministère des Services sociaux et communautaires, divulgue à toute partie des renseignements personnels sur moi/nous, tout enfant à ma/notre charge ou tout enfant temporairement confié à mes/nos soins afin de déterminer ou de confirmer mon/notre admissibilité initiale et continue à l'aide sociale et pour administrer mon/notre aide sociale.
4. Je consens/nous consentons en outre à l'échange de renseignements avec un agent de prestation du programme Ontario au travail, le ministère des Services sociaux et communautaires ou le gouvernement du Canada, le gouvernement de toute province ou de tout territoire, le gouvernement de l'Ontario, un ministère ou service de l'une des entités précédentes, ou tout organisme ou toute partie afin de vérifier des renseignements pour déterminer ou confirmer mon/notre admissibilité initiale et continue à l'aide sociale et pour administrer mon/notre aide sociale.
5. Je comprends /nous comprenons que ce consentement s'appliquera aux demandes de renseignements concernant mon/notre admissibilité initiale à l'aide sociale, ainsi que les prestations que j'ai/nous avons perçues dans le passé et continue/continuons de percevoir. Je comprends /nous comprenons en outre que les demandes de renseignements peuvent se faire sous forme d'échange de données électroniques.

J'ai lu ou on m'a lu, et je comprends le consentement susmentionné.

Signature/marque de la personne auteure de la demande/bénéficiaire ou de la personne qui fait la demande pour le compte de celle-ci ou de celui-ci

Témoïn

Date

J'ai lu ou on m'a lu et je comprends le consentement susmentionné, et je confirme mon propre consentement.

Signature /marque de la conjointe/bénéficiaire

Témoïn

Date

Signature de la personne adulte à charge

Témoïn

Date

Avis concernant la collecte de renseignements personnels
(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée)
(Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée)

Les articles 5, 10, 45 et 46 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, ou les articles 7, 8, 15, 57 et 58 de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* autorisent la présente collecte de renseignements aux fins de l'application des programmes de l'aide sociale du gouvernement de l'Ontario. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec

_____ au _____, au bureau du programme Ontario au travail ou du POSPH de votre localité.

Nous vous informons que nous recueillons des renseignements auprès de l'Agence du revenu du Canada, concernant l'éventualité que vous receviez le Supplément de la prestation nationale pour enfants, dans le cadre de la Prestation fiscale canadienne pour enfants, ainsi que la Prestation ontarienne pour enfants.