



CONSENT TO DEDUCTION AND PAYMENT
Old Age Security
CONSETEMENT DE DÉDUCTION ET DE PAIEMENT
Sécurité de la vieillesse

SECTION A - APPLICANT'S CONSENT - CONSETEMENT DU DEMANDEUR

NAME OF APPLICANT (Please print) - NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)		ACCOUNT/SOCIAL INSURANCE NUMBER UNDER WHICH OAS BENEFIT WAS APPLIED FOR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE/ DU COMPTE UTILISÉ POUR LA DEMANDE DE PRESTATION DU RPC
FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE	FIRST NAME AND INITIALS - PRÉNOM ET INITIALES		

ADDRESS OF SERVICE CANADA OFFICE - ADRESSE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	TYPE OF BENEFIT APPLIED FOR GENRE DE PRESTATION DEMANDÉE
--	---

Pursuant to the *Old Age Security Act* and its Regulations, I agree to a deduction from my Old Age Security Act (OAS) benefits to be paid to the provincial or municipal program named below. This deduction repays the Provincial/Municipal Social Assistance Program for benefits that I would not normally have received from them, if I had been receiving a OAS benefit.

Conformément à la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et au Règlement d'application, je consens à ce que l'on retienne une somme d'argent sur ma prestation de la Sécurité de la vieillesse (SV) en vue de la verser au programme provincial ou municipal mentionné ci-dessous. La dite retenue rembourse au programme d'assistance sociale provincial ou municipal les prestations que je n'aurais pas reçues d'eux en temps normal si j'avais reçu une prestation de la SV.

I understand that:

- the Province/Municipality will be reimbursed only for those months where benefits are payable to me both under the OAS and the Provincial/Municipal Social Assistance Program named herein;
- the deduction from my OAS benefits for a month shall not exceed the amount of the Provincial/Municipal Social Assistance payment for that month;
- the OAS deduction shall be made from my first monthly payment and arrears payment, if applicable. No further deduction shall be made for any other month after;
- this consent is irrevocable.

Je reconnais que :

- la province ou municipalité ne sera remboursée que pour les mois où des prestations m'ont été versées en vertu de la SV et du programme d'assistance sociale provincial ou municipal nommé dans la présente;
- le montant qui sera retenu sur mes prestations de la SV pour un mois ne dépassera pas le montant du paiement d'assistance sociale provincial ou municipal pour le mois en question;
- la retenue de la SV sera faite à partir de mon premier paiement mensuel et du paiement d'arrérages, le cas échéant. Aucune autre retenue ne sera effectuée au cours des mois suivants;
- ce consentement est irrévocable.

I authorize the Old Age Security to communicate information to the Provincial/Municipal authority named herein, in respect of the Old Age Security benefit.

J'autorise la Sécurité de la vieillesse à communiquer les renseignements pertinents aux autorités compétentes de la province ou de la municipalité nommées dans la présente.

DATE	SIGNATURE OF APPLICANT/REPRESENTATIVE - SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT	COMPLETE ADDRESS OF APPLICANT - ADRESSE AU COMPLET DU DEMANDEUR
------	---	---

SECTION B - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENTS (See conditions on page 6) - PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (voir les conditions à la page 6)

DATE OF INITIAL PAYMENT DATE DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF INITIAL PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF CONTINUING PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT CONTINU	WEEKLY HEBDOMADAIRE	MONTHLY MENSUEL	MONTH WELFARE PAYMENT IS TO CEASE (If known) MOIS OÙ DOIVENT CESSER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (si connu)
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I am the person acting on behalf of the authority named herein and I certify that the funds requested are in respect of assistance paid which would not have been paid if a benefit under the *Old Age Security Act* had been paid for the period named herein. I further certify that information relating to Old Age Security benefits will not be disclosed to any other person or body unless specific authorization is given by the applicant or his representative.

Je suis la personne agissant au nom de l'autorité désignée dans le présent formulaire et je certifie que les fonds demandés le sont relativement au versement d'une assistance qui n'aurait pas été versée, si des prestations prévues par la *Loi sur la Sécurité de la vieillesse* avaient été payées pour la période indiquée ci-dessus. Je certifie de plus que nul renseignement relatif aux prestations de la Sécurité de la vieillesse ne sera divulgué à toute autre personne ou organisme à moins que le demandeur ou son représentant n'en donne l'autorisation expresse.

NAME AND ADDRESS OF WELFARE AGENCY/OFFICE (Please print) - NOM ET ADRESSE DU BUREAU/DE L'ORGANISME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL (en lettres moulées)

DATE	NAME OF CONTACT - NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE	SIGNATURE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

FORWARD TO
THE NEAREST SERVICE CANADA OFFICE

RETOURNEZ AU
BUREAU DE SERVICE CANADA
LE PLUS PRÈS DE CHEZ VOUS

SECTION D - OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

EFFECTIVE DATE OF BENEFIT DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PRESTATION	CURRENT MONTHLY AMOUNT MONTANT MENSUEL ACTUEL	PAYMENT TO PROVINCE/MUNICIPALITY PAIEMENT VERSÉ À LA PROVINCE/MUNICIPALITÉ	PAYMENT TO CLIENT PAIEMENT VERSÉ AU CLIENT	DATE PAYMENT ISSUED TO CLIENT DATE D'ÉMISSION DU PAIEMENT AU CLIENT	SIGNATURE OF SERVICE CANADA OFFICER SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE SERVICE CANADA
--	--	---	---	--	--



CONSENT TO DEDUCTION AND PAYMENT
Old Age Security
CONSETEMENT DE DÉDUCTION ET DE PAIEMENT
Sécurité de la vieillesse

SECTION A - APPLICANT'S CONSENT - CONSETEMENT DU DEMANDEUR

NAME OF APPLICANT (Please print) - NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)		ACCOUNT/SOCIAL INSURANCE NUMBER UNDER WHICH OAS BENEFIT WAS APPLIED FOR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE/ DU COMPTE UTILISÉ POUR LA DEMANDE DE PRESTATION DU RPC
FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE	FIRST NAME AND INITIALS - PRÉNOM ET INITIALES		

ADDRESS OF SERVICE CANADA OFFICE - ADRESSE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	TYPE OF BENEFIT APPLIED FOR GENRE DE PRESTATION DEMANDÉE
--	---

Pursuant to the *Old Age Security Act* and its Regulations, I agree to a deduction from my Old Age Security Act (OAS) benefits to be paid to the provincial or municipal program named below. This deduction repays the Provincial/Municipal Social Assistance Program for benefits that I would not normally have received from them, if I had been receiving a OAS benefit.

Conformément à la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et au Règlement d'application, je consens à ce que l'on retienne une somme d'argent sur ma prestation de la Sécurité de la vieillesse (SV) en vue de la verser au programme provincial ou municipal mentionné ci-dessous. La dite retenue rembourse au programme d'assistance sociale provincial ou municipal les prestations que je n'aurais pas reçues d'eux en temps normal si j'avais reçu une prestation de la SV.

I understand that:

- the Province/Municipality will be reimbursed only for those months where benefits are payable to me both under the OAS and the Provincial/Municipal Social Assistance Program named herein;
- the deduction from my OAS benefits for a month shall not exceed the amount of the Provincial/Municipal Social Assistance payment for that month;
- the OAS deduction shall be made from my first monthly payment and arrears payment, if applicable. No further deduction shall be made for any other month after;
- this consent is irrevocable.

Je reconnais que :

- la province ou municipalité ne sera remboursée que pour les mois où des prestations m'ont été versées en vertu de la SV et du programme d'assistance sociale provincial ou municipal nommé dans la présente;
- le montant qui sera retenu sur mes prestations de la SV pour un mois ne dépassera pas le montant du paiement d'assistance sociale provincial ou municipal pour le mois en question;
- la retenue de la SV sera faite à partir de mon premier paiement mensuel et du paiement d'arrérages, le cas échéant. Aucune autre retenue ne sera effectuée au cours des mois suivants;
- ce consentement est irrévocable.

I authorize the Old Age Security to communicate information to the Provincial/Municipal authority named herein, in respect of the Old Age Security benefit.

J'autorise la Sécurité de la vieillesse à communiquer les renseignements pertinents aux autorités compétentes de la province ou de la municipalité nommées dans la présente.

DATE	SIGNATURE OF APPLICANT/REPRESENTATIVE - SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT	COMPLETE ADDRESS OF APPLICANT - ADRESSE AU COMPLET DU DEMANDEUR
------	---	---

SECTION B - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENTS (See conditions on page 6) - PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (voir les conditions à la page 6)

DATE OF INITIAL PAYMENT DATE DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF INITIAL PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF CONTINUING PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT CONTINU	WEEKLY HEBDOMADAIRE	MONTHLY MENSUEL	MONTH WELFARE PAYMENT IS TO CEASE (If known) MOIS OÙ DOIVENT CESSER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (si connu)
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I am the person acting on behalf of the authority named herein and I certify that the funds requested are in respect of assistance paid which would not have been paid if a benefit under the *Old Age Security Act* had been paid for the period named herein. I further certify that information relating to Old Age Security benefits will not be disclosed to any other person or body unless specific authorization is given by the applicant or his representative.

Je suis la personne agissant au nom de l'autorité désignée dans le présent formulaire et je certifie que les fonds demandés le sont relativement au versement d'une assistance qui n'aurait pas été versée, si des prestations prévues par la *Loi sur la Sécurité de la vieillesse* avaient été payées pour la période indiquée ci-dessus. Je certifie de plus que nul renseignement relatif aux prestations de la Sécurité de la vieillesse ne sera divulgué à toute autre personne ou organisme à moins que le demandeur ou son représentant n'en donne l'autorisation expresse.

NAME AND ADDRESS OF WELFARE AGENCY/OFFICE (Please print) - NOM ET ADRESSE DU BUREAU/DE L'ORGANISME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL (en lettres moulées)

DATE	NAME OF CONTACT - NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE	SIGNATURE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

SECTION C - CONFIRMATION OF SOCIAL ASSISTANCE PAID — CONFIRMATION DES VERSEMENTS D'ASSISTANCE SOCIALE

DETAILS OF ASSISTANCE PAID (MONTH AND YEAR) DÉTAILS SUR LES VERSEMENTS D'ASSISTANCE (MOIS ET ANNÉE)	JAN - JAN _____	FEB - FÉV _____	MAR - MARS _____	APR - AVR _____	MAY - MAI _____	JUNE - JUIN _____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	JUL - JUIL _____	AUG - AOÛT _____	SEP - SEP _____	OCT - OCT _____	NOV - NOV _____	DEC - DÉC _____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ASSISTANCE L'ASSISTANCE	IS TO CONTINUE - DOIT CONTINUER <input type="checkbox"/>		CEASED ON - A CESSÉ LE DATE ▶		WILL CEASE AS OF - CESSERA À PARTIR DU DATE ▶	

HAVE YOU ALREADY REQUESTED A REIMBURSEMENT FROM A CANADA PENSION PLAN BENEFIT?
AVEZ-VOUS DÉJÀ DEMANDÉ UN REMBOURSEMENT POUR UNE PRESTATION DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA?

YES OUI NO NON

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE ABOVE AMOUNTS ARE TRUE AND CORRECT.
JE CERTIFIE QUE, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, LES MONTANTS INDIQUÉS CI-DESSUS SONT VRAIS ET EXACTS.

DATE	SIGNATURE	ADDRESS - ADRESSE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

SECTION D - OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

EFFECTIVE DATE OF BENEFIT DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PRESTATION	CURRENT MONTHLY AMOUNT MONTANT MENSUEL ACTUEL	PAYMENT TO PROVINCE/MUNICIPALITY PAIEMENT VERSÉ À LA PROVINCE/MUNICIPALITÉ	PAYMENT TO CLIENT PAIEMENT VERSÉ AU CLIENT	DATE PAYMENT ISSUED TO CLIENT DATE D'ÉMISSION DU PAIEMENT AU CLIENT	SIGNATURE OF SERVICE CANADA OFFICER SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE SERVICE CANADA
--	--	---	---	--	--



CONSENT TO DEDUCTION AND PAYMENT
Old Age Security
CONSETEMENT DE DÉDUCTION ET DE PAIEMENT
Sécurité de la vieillesse

SECTION A - APPLICANT'S CONSENT - CONSETEMENT DU DEMANDEUR

NAME OF APPLICANT (Please print) - NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)		ACCOUNT/SOCIAL INSURANCE NUMBER UNDER WHICH OAS BENEFIT WAS APPLIED FOR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE/ DU COMPTE UTILISÉ POUR LA DEMANDE DE PRESTATION DU RPC
FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE	FIRST NAME AND INITIALS - PRÉNOM ET INITIALES		

ADDRESS OF SERVICE CANADA OFFICE - ADRESSE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	TYPE OF BENEFIT APPLIED FOR GENRE DE PRESTATION DEMANDÉE
--	---

Pursuant to the *Old Age Security Act* and its Regulations, I agree to a deduction from my Old Age Security Act (OAS) benefits to be paid to the provincial or municipal program named below. This deduction repays the Provincial/Municipal Social Assistance Program for benefits that I would not normally have received from them, if I had been receiving a OAS benefit.

Conformément à la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et au Règlement d'application, je consens à ce que l'on retienne une somme d'argent sur ma prestation de la Sécurité de la vieillesse (SV) en vue de la verser au programme provincial ou municipal mentionné ci-dessous. La dite retenue rembourse au programme d'assistance sociale provincial ou municipal les prestations que je n'aurais pas reçues d'eux en temps normal si j'avais reçu une prestation de la SV.

I understand that:

- the Province/Municipality will be reimbursed only for those months where benefits are payable to me both under the OAS and the Provincial/Municipal Social Assistance Program named herein;
- the deduction from my OAS benefits for a month shall not exceed the amount of the Provincial/Municipal Social Assistance payment for that month;
- the OAS deduction shall be made from my first monthly payment and arrears payment, if applicable. No further deduction shall be made for any other month after;
- this consent is irrevocable.

Je reconnais que :

- la province ou municipalité ne sera remboursée que pour les mois où des prestations m'ont été versées en vertu de la SV et du programme d'assistance sociale provincial ou municipal nommé dans la présente;
- le montant qui sera retenu sur mes prestations de la SV pour un mois ne dépassera pas le montant du paiement d'assistance sociale provincial ou municipal pour le mois en question;
- la retenue de la SV sera faite à partir de mon premier paiement mensuel et du paiement d'arrérages, le cas échéant. Aucune autre retenue ne sera effectuée au cours des mois suivants;
- ce consentement est irrévocable.

I authorize the Old Age Security to communicate information to the Provincial/Municipal authority named herein, in respect of the Old Age Security benefit.

J'autorise la Sécurité de la vieillesse à communiquer les renseignements pertinents aux autorités compétentes de la province ou de la municipalité nommées dans la présente.

DATE	SIGNATURE OF APPLICANT/REPRESENTATIVE - SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT	COMPLETE ADDRESS OF APPLICANT - ADRESSE AU COMPLET DU DEMANDEUR
------	---	---

SECTION B - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENTS (See conditions on page 4) - PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (voir les conditions à la page 4)

DATE OF INITIAL PAYMENT DATE DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF INITIAL PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF CONTINUING PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT CONTINU	WEEKLY HEBDOMADAIRE	MONTHLY MENSUEL	MONTH WELFARE PAYMENT IS TO CEASE (If known) MOIS OÙ DOIVENT CESSER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (si connu)
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I am the person acting on behalf of the authority named herein and I certify that the funds requested are in respect of assistance paid which would not have been paid if a benefit under the *Old Age Security Act* had been paid for the period named herein. I further certify that information relating to Old Age Security benefits will not be disclosed to any other person or body unless specific authorization is given by the applicant or his representative.

Je suis la personne agissant au nom de l'autorité désignée dans le présent formulaire et je certifie que les fonds demandés le sont relativement au versement d'une assistance qui n'aurait pas été versée, si des prestations prévues par la *Loi sur la Sécurité de la vieillesse* avaient été payées pour la période indiquée ci-dessus. Je certifie de plus que nul renseignement relatif aux prestations de la Sécurité de la vieillesse ne sera divulgué à toute autre personne ou organisme à moins que le demandeur ou son représentant n'en donne l'autorisation expresse.

NAME AND ADDRESS OF WELFARE AGENCY/OFFICE (Please print) - NOM ET ADRESSE DU BUREAU/DE L'ORGANISME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL (en lettres moulées)

DATE	NAME OF CONTACT - NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE	SIGNATURE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

SECTION C - CONFIRMATION OF SOCIAL ASSISTANCE PAID — CONFIRMATION DES VERSEMENTS D'ASSISTANCE SOCIALE

DETAILS OF ASSISTANCE PAID (MONTH AND YEAR) DÉTAILS SUR LES VERSEMENTS D'ASSISTANCE (MOIS ET ANNÉE)	JAN - JAN _____	FEB - FÉV _____	MAR - MARS _____	APR - AVR _____	MAY - MAI _____	JUNE - JUIN _____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	JUL - JUIL _____	AUG - AOÛT _____	SEP - SEP _____	OCT - OCT _____	NOV - NOV _____	DEC - DÉC _____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ASSISTANCE L'ASSISTANCE	IS TO CONTINUE - DOIT CONTINUER <input type="checkbox"/>		CEASED ON - A CESSÉ LE DATE ▶		WILL CEASE AS OF - CESSERA À PARTIR DU DATE ▶	

HAVE YOU ALREADY REQUESTED A REIMBURSEMENT FROM A CANADA PENSION PLAN BENEFIT?
AVEZ-VOUS DÉJÀ DEMANDÉ UN REMBOURSEMENT POUR UNE PRESTATION DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA?

YES OUI NO NON

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE ABOVE AMOUNTS ARE TRUE AND CORRECT.
JE CERTIFIE QUE, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, LES MONTANTS INDIQUÉS CI-DESSUS SONT VRAIS ET EXACTS.

DATE	SIGNATURE	ADDRESS - ADRESSE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

SECTION D - OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

EFFECTIVE DATE OF BENEFIT DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PRESTATION	CURRENT MONTHLY AMOUNT MONTANT MENSUEL ACTUEL	PAYMENT TO PROVINCE/MUNICIPALITY PAIEMENT VERSÉ À LA PROVINCE/MUNICIPALITÉ	PAYMENT TO CLIENT PAIEMENT VERSÉ AU CLIENT	DATE PAYMENT ISSUED TO CLIENT DATE D'ÉMISSION DU PAIEMENT AU CLIENT	SIGNATURE OF SERVICE CANADA OFFICER SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE SERVICE CANADA
--	--	---	---	--	--

CONDITIONS OF ACCEPTABILITY

- The applicant for social assistance must have applied or be in the process of applying for Old Age Security (OAS) benefits.
- A Consent to Deduction and Payment form, ISP 3010, must be received within 12 months from the date which it has been signed by both the OAS applicant and a Welfare agency representative.
- The total amount of welfare to be reimbursed must be greater than \$50.00.

CONDITIONS RELATIVES AU CONSENTEMENT

- La personne qui demande l'assistance sociale doit avoir présenté ou avoir l'intention de présenter une demande de prestations de la Sécurité de la vieillesse (SV).
- Le formulaire de consentement de déduction et de paiement, ISP 3010, doit être reçu dans les douze mois suivant la date à laquelle il a été signé par le demandeur de la SV et le représentant du bureau d'aide sociale.
- Le montant total de l'assistance sociale à rembourser doit être supérieur à 50,00 \$.



CONSENT TO DEDUCTION AND PAYMENT
Old Age Security
CONSETEMENT DE DÉDUCTION ET DE PAIEMENT
Sécurité de la vieillesse

SECTION A - APPLICANT'S CONSENT - CONSETEMENT DU DEMANDEUR

NAME OF APPLICANT (Please print) - NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)		ACCOUNT/SOCIAL INSURANCE NUMBER UNDER WHICH OAS BENEFIT WAS APPLIED FOR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE/ DU COMPTE UTILISÉ POUR LA DEMANDE DE PRESTATION DU RPC
FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE	FIRST NAME AND INITIALS - PRÉNOM ET INITIALES		

ADDRESS OF SERVICE CANADA OFFICE - ADRESSE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	TYPE OF BENEFIT APPLIED FOR GENRE DE PRESTATION DEMANDÉE
--	---

Pursuant to the *Old Age Security Act* and its Regulations, I agree to a deduction from my Old Age Security Act (OAS) benefits to be paid to the provincial or municipal program named below. This deduction repays the Provincial/Municipal Social Assistance Program for benefits that I would not normally have received from them, if I had been receiving a OAS benefit.

Conformément à la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et au Règlement d'application, je consens à ce que l'on retienne une somme d'argent sur ma prestation de la Sécurité de la vieillesse (SV) en vue de la verser au programme provincial ou municipal mentionné ci-dessous. La dite retenue rembourse au programme d'assistance sociale provincial ou municipal les prestations que je n'aurais pas reçues d'eux en temps normal si j'avais reçu une prestation de la SV.

I understand that:

- the Province/Municipality will be reimbursed only for those months where benefits are payable to me both under the OAS and the Provincial/Municipal Social Assistance Program named herein;
- the deduction from my OAS benefits for a month shall not exceed the amount of the Provincial/Municipal Social Assistance payment for that month;
- the OAS deduction shall be made from my first monthly payment and arrears payment, if applicable. No further deduction shall be made for any other month after;
- this consent is irrevocable.

Je reconnais que :

- la province ou municipalité ne sera remboursée que pour les mois où des prestations m'ont été versées en vertu de la SV et du programme d'assistance sociale provincial ou municipal nommé dans la présente;
- le montant qui sera retenu sur mes prestations de la SV pour un mois ne dépassera pas le montant du paiement d'assistance sociale provincial ou municipal pour le mois en question;
- la retenue de la SV sera faite à partir de mon premier paiement mensuel et du paiement d'arrérages, le cas échéant. Aucune autre retenue ne sera effectuée au cours des mois suivants;
- ce consentement est irrévocable.

I authorize the Old Age Security to communicate information to the Provincial/Municipal authority named herein, in respect of the Old Age Security benefit.

J'autorise la Sécurité de la vieillesse à communiquer les renseignements pertinents aux autorités compétentes de la province ou de la municipalité nommées dans la présente.

DATE	SIGNATURE OF APPLICANT/REPRESENTATIVE - SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT	COMPLETE ADDRESS OF APPLICANT - ADRESSE AU COMPLET DU DEMANDEUR
------	---	---

SECTION B - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENTS (See conditions on page 6) - PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (voir les conditions à la page 6)

DATE OF INITIAL PAYMENT DATE DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF INITIAL PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF CONTINUING PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT CONTINU	WEEKLY HEBDOMADAIRE	MONTHLY MENSUEL	MONTH WELFARE PAYMENT IS TO CEASE (If known) MOIS OÙ DOIVENT CESSER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (si connu)
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I am the person acting on behalf of the authority named herein and I certify that the funds requested are in respect of assistance paid which would not have been paid if a benefit under the *Old Age Security Act* had been paid for the period named herein. I further certify that information relating to Old Age Security benefits will not be disclosed to any other person or body unless specific authorization is given by the applicant or his representative.

Je suis la personne agissant au nom de l'autorité désignée dans le présent formulaire et je certifie que les fonds demandés le sont relativement au versement d'une assistance qui n'aurait pas été versée, si des prestations prévues par la *Loi sur la Sécurité de la vieillesse* avaient été payées pour la période indiquée ci-dessus. Je certifie de plus que nul renseignement relatif aux prestations de la Sécurité de la vieillesse ne sera divulgué à toute autre personne ou organisme à moins que le demandeur ou son représentant n'en donne l'autorisation expresse.

NAME AND ADDRESS OF WELFARE AGENCY/OFFICE (Please print) - NOM ET ADRESSE DU BUREAU/DE L'ORGANISME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL (en lettres moulées)

DATE	NAME OF CONTACT - NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE	SIGNATURE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

CONDITIONS OF ACCEPTABILITY

- The applicant for social assistance must have applied or be in the process of applying for Old Age Security (OAS) benefits.
- A Consent to Deduction and Payment form, ISP 3010, must be received within 12 months from the date which it has been signed by both the OAS applicant and a Welfare agency representative.
- The total amount of welfare to be reimbursed must be greater than \$50.00.

CONDITIONS RELATIVES AU CONSENTEMENT

- La personne qui demande l'assistance sociale doit avoir présenté ou avoir l'intention de présenter une demande de prestations de la Sécurité de la vieillesse (SV).
- Le formulaire de consentement de déduction et de paiement, ISP 3010, doit être reçu dans les douze mois suivant la date à laquelle il a été signé par le demandeur de la SV et le représentant du bureau d'aide sociale.
- Le montant total de l'assistance sociale à rembourser doit être supérieur à 50,00 \$.



Bureaux de Service Canada

Vous devez envoyer le(s) formulaire(s) par courrier au bureau de Service Canada le plus près de chez vous. La liste de ces bureaux se trouve ci-dessous. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le(s) formulaire(s) et que vous demeurez **au Canada ou aux États-Unis**, vous pouvez téléphoner sans frais au **1 800 277-9915**. Les personnes ayant un trouble de la parole ou une déficience auditive qui utilisent un téléscripneur ATS peuvent appeler au **1 800 255-4786**. Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de la main. **Note** : Si vous envoyez votre formulaire de l'extérieur du Canada, vous devez l'envoyer au bureau régional se trouvant dans la province de votre dernière résidence.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Service Canada
Case postale 9430
St. John's NL A1A 2Y5

ONTARIO (Timmins)

Service Canada
Sac Postal 2013
Timmins ON P4N 8C8

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Service Canada
Case postale 20105
Comptoir postal Sherwood
Sherwood PE C1A 9E3

ONTARIO (Chatham)

Service Canada
Case postale 2020
Chatham ON N7M 6B2

NOUVELLE-ÉCOSSE

Service Canada
Case postale 1687
Succursale « M »
Halifax NS B3J 3J4

MANITOBA ET SASKATCHEWAN

Service Canada
Case postale 818
Succursale Main
Winnipeg MB R3C 2N4

NOUVEAU-BRUNSWICK

Service Canada
Case postale 250
Fredericton NB E3B 4Z6

ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Service Canada
Case postale 2710
Succursale Main
Edmonton AB T5J 4C2

QUÉBEC

Service Canada
Case postale 1816
Québec QC G1K 7L5

COLOMBIE-BRITANNIQUE ET YUKON

Service Canada
Case postale 1177
Victoria BC V8W 2V2

ONTARIO (Scarborough)

Service Canada
Case postale 5100
Succursale « D »
Scarborough ON M1R 5C8

This form is also available in English - ISP-3501E