

N° de la réclamation : (pour les demandes concernant les décisions à l'égard d'une réclamation)
N° d'employeur : (pour les demandes concernant les décisions à l'égard d'un compte)

Coordonnées (Veuillez aviser le comité de révision par écrit pour tout changement à ces renseignements.)

Je suis : <input type="checkbox"/> Travailleur/Travailleuse <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Autre			Titre/Poste :	
Nom de famille :		Prénom :		Nom de l'employeur :
Adresse postale :		Ville/Communauté :	Province/Territoire :	Code postal :
Tél. à la maison (y compris l'indicatif régional) :	Tél. au travail (y compris l'indicatif régional) :	Télec. (y compris l'indicatif régional) :		Courriel :

Demande de révision (Veuillez joindre des feuilles supplémentaires au besoin.)

Je suis en désaccord avec la lettre de décision de la CSTIT datée du : _____

Points sur lesquels je suis en désaccord :

Raisons pour lesquelles je suis en désaccord avec la décision :

Type de révision demandée (Le comité de révision ne rembourse ni les frais de déplacement ni les heures de travail perdues.)

<input type="checkbox"/> Révision documentaire	<input type="checkbox"/> Audience orale – Choisir le type	<input type="radio"/> En personne	<input type="radio"/> Téléphone	<input type="radio"/> Vidéoconférence
--	---	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Représentation (Si vous avez un(e) représentant(e), veuillez fournir les renseignements suivants.)

Représentant(e)/nom de l'agence :	N° de téléphone (y compris l'indicatif régional) :	Adresse :
-----------------------------------	--	-----------

Je, _____, autorise la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut à divulguer toute information pertinente relative à la réclamation ou à mon compte d'employeur, et à la révision, à _____

La CSTIT peut utiliser ces renseignements pour l'administration des lois sur l'indemnisation des travailleurs, des lois sur la sécurité et/ou des lois sur la santé et la sécurité dans les mines, ainsi que les règlements connexes.

Je comprends que lorsque le requérant/la requérante est un travailleur/une travailleuse, l'employeur peut participer et recevoir des copies de tous les documents utilisés dans le cadre de la révision.

Signature du requérant/de la requérante

Date

Siège social : C. P. 8888 • Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2R3 • Téléphone : 867 920-3888 • Sans frais : 1 800 661-0792

Télécopieur : 867 873-4596 • Téléc. sans frais : 1 866 277-3677

C. P. 669 • Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0 • Téléphone : 867 979-8500 • Sans frais : 1 877 404-4407 • Télécopieur : 867 979-8501 • Télécopieur sans frais : 1 866 979-8501

wsc.nf.ca • wsc.nu.ca