

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) :	Télééc. (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**

MM	JJ	AAAA

Yellowknife : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792
 Téléc. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : ReviewCommittee@wsc.nt.ca

ou

Iqaluit : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407
 Téléc. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : ReviewCommittee@wsc.nt.ca