

Demande de réexamen

Le présent formulaire doit être rempli et soumis à la Commission dans les délais prévus par la Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs. Pour en savoir plus sur les délais et le processus de réexamen, consultez la politique 6.1 Réexamen.

PERSONNE-RESSOURCE

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------|--|---|--|-------------|--|--|--|
| Je suis : <input type="checkbox"/> Travailleur/ Travailleuse | | | <input type="checkbox"/> Représentant(e) du travailleur/de la travailleuse* | | | <input type="checkbox"/> Employeur | | | <input type="checkbox"/> Représentant(e) de l'employeur* | | |
| Nom du demandeur/de la demandeuse | | | | | | Nom de l'organisation (s'il y a lieu) | | | | | |
| Adresse postale du demandeur/de la demandeuse | | | | | | | | | | | |
| Ville/Localité | | | | Territoire/Province | | | | Code postal | | | |
| Courriel du demandeur/de la demandeuse | | | | | | Téléphone du demandeur/de la demandeuse | | | | | |

DÉCISION SOUMISE AU RÉEXAMEN

Date de la décision/ordonnance/sanction (jj-mm-année)

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Décision concernant la demande du travailleur/de la travailleuse | Nom du travailleur/de la travailleuse | Numéro de la demande du travailleur/de la travailleuse |
| <input type="checkbox"/> Décision concernant le compte de cotisation de l'employeur | Nom de l'employeur | Numéro de client de l'employeur |
| <input type="checkbox"/> Santé et sécurité au travail a) Décision b) Ordonnance c) Décision concernant le refus d'exécuter un travail | Parties nommées dans les décisions/ordonnances rendues | Numéro d'identification du document |
| <input type="checkbox"/> Sanction administrative | Personne concernée | Numéro de sanction |

MOTIF DE LA DEMANDE

Voici les motifs qui, selon moi, justifient le réexamen de la décision/ordonnance/sanction administrative :

COMMUNICATION DU DOSSIER

Pour obtenir une copie des renseignements pertinents à la demande de réexamen auprès de la Commission, veuillez remplir un formulaire de demande de communication d'informations. Pour accéder au formulaire, rendez-vous au www.wcb.yk.ca ou composez le 867-667-5645. Ce processus peut prendre jusqu'à 10 jours ouvrables.

SIGNATURE

Signature du demandeur/de la demandeuse

Date (jj-mm-aaaa)

** Il faut joindre le formulaire Autorisation de représentation pour représenter un travailleur/une travailleuse ou un employeur. Le formulaire est accessible au www.wcb.yk.ca.*

Les renseignements fournis à la Commission de la sécurité et de l'indemnisation des travailleurs du Yukon sont recueillis aux fins du réexamen demandé au titre de la *Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs* et en conformité avec la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Pour toute question, veuillez contacter la Commission au 867-667-5645 ou (sans frais) au 1-800-661-0443.