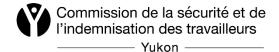


401, rue Strickland Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8 Tél.: 867-667-5645 Sans frais: 1-800-661-0443 Téléc.: 867-667-8740 Site Web: wcb.yk.ca

## 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: Travailleur/ Représent Travailleuse travailleur	ant(e) du /de la travailleuse	Employeur	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/Provir	nce	Code postal	
Courriel du demandeur/de la demandeuse		Téléphone du demandeur/de la demandeuse		
DÉCISION SOUMISE AU RÉEXAMEN  Date de la décision/ordonnance/sancti  Décision concernant la demande du travailleur/de la travailleuse	Nom du trava travailleuse		Numéro de la demande du travailleur/de la travailleuse	
Décision concernant le compte de cotisation de l'employeur	Nom de l'emp	bloyeur	Numéro de client de l'employeur	
Santé et sécurité au travail  a) Décision  b) Ordonnance  c) Décision concernant le refus d'exécuter un travail	Parties nomm décisions/ord rendues		Numéro d'identification du document	
Sanction administrative Personne cor		cernée	Numéro de sanction	



## Demande de réexamen

## MOTIF DE LA DEMANDE

Voici les motifs qui, selon moi, justifient le réexamen de la décision/ordonnance/sanction administrati	oici les motifs au	ui. selon moi. iusti	ent le réexamen de	e la décision/ordonnanc	e/sanction administrativ
---	--------------------	----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------------

## 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 <a href="www.wcb.yk.ca">www.wcb.yk.ca</a> ou composez le 867-667-5645. Ce processus peut prendre jusqu'à 10 jours ouvrables.

		N 1		_			_
N.	G	N	/\	ш	ш	R	Н
J	$\cup$	ΙV	$\neg$		$\cup$	1.	ᆫ

Signature du demandeur/de la demandeuse	Date (jj-mm-aaaa)

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.

<sup>\*</sup> Il faut joindre le formulaire Autorisation de représentation pour représenter un travailleur/une travailleuse ou un employeur. Le formulaire est accessible au <a href="https://www.wcb.yk.ca">www.wcb.yk.ca</a>.