

Demande de communication d'informations

Vous devez remplir et soumettre le présent formulaire pour obtenir des renseignements relatifs à un dossier d'indemnisation, à la décision d'évaluation de l'employeur ou à la décision/ordonnance/sanction administrative relative à la santé et à la sécurité au travail. Pour en savoir plus sur la communication de renseignements, veuillez contacter la Section de la gestion de l'information au 867-667-5645.

PERSONNE-RESSOURCE

Je suis : <input type="checkbox"/> Travailleur/ <input type="checkbox"/> Représentant du travailleur/de <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Représentant(e) de l'employeur* Travailleuse la travailleuse*		
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

** Si vous représentez un travailleur/une travailleuse ou un(e) employé(e), vous devez joindre à cette demande le formulaire 0 Autorisation de représentation du travailleur ou de l'employeur, s'il n'a pas déjà été fourni.*

Je demande les renseignements suivants :

RENSEIGNEMENTS VISÉS PAR LA DEMANDE <input type="checkbox"/> Dossier d'indemnisation (complet)* <input type="checkbox"/> Mise à jour depuis la dernière communication de renseignements personnels <input type="checkbox"/> Employeurs seulement : renseignements relatifs à un appel	Nom du travailleur/de la travailleuse	Numéro de la demande du travailleur/ de la travailleuse
DÉCISIONS D'ÉVALUATION DE L'EMPLOYEUR <input type="checkbox"/> Renseignements pertinents concernant la décision d'évaluation de l'employeur	Nom de l'employeur	Numéro de client
DÉCISIONS/ORDONNANCES/SANCTIONS ADMINISTRATIVES RELATIVES À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL <input type="checkbox"/> Informations pertinentes concernant une décision/ordonnance/sanction administrative relative à la santé et à la sécurité au travail	Parties nommées dans la décision/l'ordonnance	Numéro d'identification du document
Autres renseignements :		

** La première copie est gratuite, des frais s'appliquent sur les copies additionnelles.*



COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS

Veuillez choisir l'une des trois options suivantes : <input type="checkbox"/> Par la poste à l'adresse indiquée sur ce formulaire <input type="checkbox"/> Par courrier électronique sécurisé à l'adresse indiquée sur ce formulaire <input type="checkbox"/> Ramassage en personne au : 401, rue Strickland Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8 <i>Vous devrez présenter une pièce d'identité avec photo pour obtenir les documents à notre bureau.</i> <input type="checkbox"/> J'autorise la personne suivante à venir chercher les documents pour moi :	
Nom de la personne (en lettres détachées)	Téléphone

SIGNATURE

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