

## 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/ <input type="checkbox"/> Représentant(e) du <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Représentant(e) de l'employeur*		
Travailleuse      travailleur/de 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

### 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](http://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](http://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.