

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le présent formulaire, consultez les instructions ou appelez la CSPAAT au 416-344-1000 ou au 1-800-387-0750.

1. Identificateurs de dossier

Travailleur(euse)	N° de dossier
-------------------	---------------

2. Partie contestatrice

Travailleur(euse)
 Représentant du(de la) travailleur(euse)
 Employeur
 Représentant de l'employeur
 Employeur concerné par le transfert des coûts

3. Renseignements généraux

L'adresse et les coordonnées du(de la) travailleur(euse) et de l'employeur sont elles les mêmes que dans la lettre de décision? Oui Non, changements indiqués ci-dessous.

Nom

Adresse | Ville | Code postal

Téléphone : (jour) () () Téléphone : (soir) () () Langue Anglais Français Autre _____

4. Représentation

Pour des renseignements sur l'aide disponible, consultez les instructions.

Veuillez cocher une case : Je me représenterai moi-même dans le processus de contestation ou je cherche présentement un représentant. Je serai représenté(e) dans le processus de contestation.

Si vous êtes représenté(e) : un *Avis d'autorisation* dûment signé concernant ce représentant doit figurer dans le dossier d'indemnisation.

Nom du représentant | Organisme/entreprise

Adresse | Ville | Code postal

Téléphone : (jour) () () Téléphone : (soir) () () Télécopieur () ()

5. Intention de contester

Je m'oppose à la(aux) décision(s) suivante(s) :

Date de la(des) lettre(s) de décision (jj/mmm/aaaa)	Question(s) en litige

6. Nouveaux renseignements et réexamen

C'est le moment de fournir tout nouveau renseignement dont le décideur de première ligne n'a pas tenu compte, en fonction du contenu de la(des) lettre(s) de décision. Le décideur peut réexaminer la(les) décision(s) et la(les) modifier. Vous serez informé(e) des résultats du réexamen.

Non, je n'ai aucun autre renseignement ni explication à soumettre.
 Oui, j'ai joint d'autres renseignements et explications. (Veuillez indiquer le nom et le numéro de dossier du travailleur sur chaque page.)

Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature	Date
----------------------------------	-----------	------

Veuillez imprimer et signer le formulaire dûment rempli avant de l'envoyer à la CSPAAT par télécopieur au 416-344-4684 ou au 1-888-313-7373, ou par la poste à l'adresse suivante : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, 200, rue Front Ouest, Toronto ON M5V 3J1.

