



**Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle  
et de l'assurance contre les accidents du travail**  
505, avenue University, 7<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5G 2P2  
Téléphone : 416 314-8800 ; Télécopieur : 416 326-5164  
ATS : 416 314-1787  
Numéro sans frais en Ontario : 1 888 618-8846  
Site Web : www.wsiat.on.ca

# Avis d'appel pour travailleur

Dossier n<sup>o</sup>

du TASPAAT

Prénom :

Nom de famille :

**Je veux interjeter appel de la décision du \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) du commissaire aux appels.**

Numéro de dossier de la décision :

Date de l'accident :

## 1. CONTACT

Adresse (numéro et rue)

Appartement

Ville

Province

Code postal

Téléphone (domicile)

Téléphone (travail)

Télécopieur

**Je suis le travailleur<sup>1</sup>**

Oui

Non

Le travailleur blessé s'appelle : \_\_\_\_\_

**Prière de m'écrire en :**

Français

Anglais

## 2. REPRÉSENTATION

Je vais présenter mon cas moi-même.

**ou**  J'essaie de trouver un représentant pour m'aider dans mon appel.

**ou**  J'ai un représentant. (Indiquez ses coordonnées ci-dessous.)

Catégorie du Barreau de l'Ontario (choisir un de ceux-ci) :

Avocat

Parajuriste

Exempt

Prénom

Nom de famille

Nom de la compagnie, de l'association ou de l'organisme

Adresse (numéro et rue)

Bureau

Ville

Province

Code postal

Téléphone (travail)

Télécopieur

<sup>1</sup> Le masculin s'applique sans discrimination aux personnes des deux sexes.

### 3. QUESTIONS EN APPEL

Reportez-vous à votre décision du commissaire aux appels et choisissez A ou B.

- ou**
- A)** J'en appelle de toutes les questions au sujet desquelles j'ai reçu une décision défavorable.
- B)** J'en appelle seulement des questions suivantes :

Questions en appel :

### 4. RAISONS POUR INTERJETER APPEL

Je crois que la décision est incorrecte ou qu'elle devrait être modifiée parce que :

- La législation et la politique n'ont pas été prises en considération de façon appropriée.
- La preuve n'a pas été prise en considération de façon appropriée.
- J'ai besoin de plus d'espace pour expliquer. Je téléverse d'autres pages avec ce formulaire.

### 5. SI JE GAGNE CET APPEL, JE VEUX QUE LE TRIBUNAL

Résultat désiré :

- J'ai besoin de plus d'espace pour expliquer. Je téléverse d'autres pages avec ce formulaire.

### 6. SIGNATURE

Les renseignements fournis sont exacts et énoncent toutes les questions que je veux porter en appel.

\_\_\_\_\_  
Signature (Saisissez votre prénom et votre nom de famille)

Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  En cochant cette case, j'accepte et je comprends la valeur juridique de ma signature et de la date dactylographiées

### 7. DIVULGATION DU DOSSIER D'INDEMNISATION DE LA CSPAAT AUX EMPLOYEURS

Le **travailleur** doit : **(1) cocher** la case du **Bloc C** ou du **Bloc D** et **(2) signer ci-dessous.**

**Bloc C**

La CSPAAT fournit ses dossiers au Tribunal. **Je consens** à ce que le Tribunal divulgue les documents pertinents à mon appel et tous les nouveaux renseignements que j'envoie au Tribunal aux employeurs identifiés comme parties intéressées par le Tribunal. Je n'ai pas besoin de passer mon ou mes dossier(s) d'indemnisation en revue avant de consentir à ce qu'il(s) soi(en)t envoyé(s) à l'employeur ou aux employeurs.

**Bloc D**

La CSPAAT fournit ses dossiers au Tribunal. **Je ne consens pas** à ce que le Tribunal divulgue les documents pertinents à mon appel ni les nouveaux renseignements que j'envoie au Tribunal aux employeurs identifiés comme parties intéressées par le Tribunal. Je comprends que je peux passer mon ou mes dossier(s) en revue avant de consentir à ce qu'il(s) soi(en)t envoyé(s) à l'employeur ou aux employeurs.

\_\_\_\_\_  
Signature (Saisissez votre prénom et votre nom de famille)

Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  En cochant cette case, j'accepte et je comprends la valeur juridique de ma signature et de la date dactylographiées