





THE APPEAL COMMISSION
THE WORKERS COMPENSATION ACT OF MANITOBA

APPEL D'UNE DÉCISION RELATIVE À L'ÉVALUATION

DESTINATAIRE : LA COMMISSION D'APPEL
600 - 330, avenue St. Mary
Winnipeg (Manitoba) R3C 3Z5

Téléphone : 204-925-6116
Télécopieur : 204-943-4393
Sans frais : 1-855-925-6110

 Si vous avez des questions à propos de ce formulaire, veuillez appeler 
le **coordonnateur adjoint du calendrier** au 204-925-6116 ou sans frais au 1-855-925-6110

A.

CET APPEL EST DEMANDÉ PAR :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone (résidence ou travail) : _____ Courriel : _____

B.

Nom de l'employeur : _____

Numéro de compte : _____

C.

Nom du représentant : _____
(le cas échéant)

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

**** Si vous êtes représenté lors de votre appel, vous devez fournir une autorisation distincte signée et datée nommant votre représentant.****

D.

Les services d'interprétation requis seront organisés par la Commission d'appel.

Veuillez cocher ici si vous nécessitez les services d'un interprète :

Veillez indiquer le type de langue :

E.

Je souhaite faire appel de la décision du Comité d'évaluation de la WCB datée
du :

La décision (les décisions) dont je souhaite faire appel est (sont) :

Je crois que cette décision du Comité d'évaluation de la WCB devrait être infirmée pour les raisons suivantes :

REMARQUE :

Si des preuves écrites supplémentaires sont soumises, elles doivent être envoyées à la Commission d'appel au moins cinq jours ouvrables avant l'audience.

F.

MÉTHODE D'APPEL : Veillez vous reporter au dépliant ci-joint et indiquer la méthode que vous souhaitez utiliser pour votre appel. (veillez cocher une case) :

AUDIENCE ORALE EXAMEN DU DOSSIER

Si vous demandez une audience, veuillez indiquer les raisons pour lesquelles vous jugez que cela est nécessaire :

 *Le commissaire aux appels en chef a le pouvoir final de décision pour déterminer la méthode d'appel.* 

SIGNATURE : _____ DATE : _____



THE APPEAL COMMISSION
THE WORKERS COMPENSATION ACT OF MANITOBA