



THE APPEAL COMMISSION
THE WORKERS COMPENSATION ACT OF MANITOBA

APPEL DE L'EMPLOYEUR D'UNE DÉCISION RELATIVE À UNE RÉCLAMATION

DESTINATAIRE :	LA COMMISSION D'APPEL	Téléphone :	204-925-6110
	330, avenue St. Mary, bureau 1120	Sans frais :	1-855-925-6110
	Winnipeg (Manitoba) R3C 3Z5	Télécopieur :	204-943-4393
		Courriel :	appeal@appeal.mb.ca

Si vous avez des questions au moment de remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec le **coordonnateur adjoint du calendrier** par téléphone au 204-925-6116 ou sans frais au 1-855-925-6110 ou encore par courriel à appeal@appeal.mb.ca.

A.

CET APPEL EST INTERJETÉ PAR :

Nom de l'employeur :

Numéro de compte :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Numéro de téléphone :

Courriel :

B.

Nom du représentant :
(le cas échéant)

Pronoms préférés
(Facultatif) :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Numéro de téléphone :

Télécopieur :

C.

Nom du travailleur :

Numéro de réclamation :

****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.

Veillez cocher ici si vous nécessitez une audience en français : ☐

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

Veillez indiquer la langue et le dialecte : _____

E.

MESURES D'ADAPTATION : Les mesures d'adaptation permettent aux personnes de toutes capacités de participer pleinement au processus d'appel. Si vous souhaitez que l'on prenne des mesures d'adaptation en vue de votre participation au processus d'appel de la Commission d'appel, veuillez nous aviser de ce dont vous avez besoin. Fournissez autant d'information que possible pour que nous puissions évaluer votre demande et y répondre.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire ou si vous êtes incapable de le remplir, téléphonez-nous.

F.

Je souhaite interjeter appel contre la décision du Bureau de révision de la WCB datée du : _____

Je souhaite interjeter appel contre la décision ou les décisions suivantes :

Je crois que cette décision du Bureau de révision de la WCB devrait être infirmée pour les raisons suivantes :

REMARQUE :

Toute nouvelle preuve écrite ou tout nouveau document soumis doivent être envoyés à la Commission d'appel au moins 5 jours ouvrables avant l'audience.



G.

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

VISIOCONFÉRENCE ☐ AU BUREAU DU 330, AVENUE ST. MARY ☐

TÉLÉCONFÉRENCE ☐ EXAMEN DU DOSSIER ☐

Si vous souhaitez interjeter appel sous une autre forme que celle d'un examen du dossier, veuillez indiquer les raisons pour lesquelles vous croyez qu'une audience est nécessaire :

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

SIGNATURE : _____ DATE : _____