





THE APPEAL COMMISSION  
THE WORKERS COMPENSATION ACT OF MANITOBA

## APPEL DU TRAVAILLEUR D'UNE DÉCISION RELATIVE À UNE RÉCLAMATION

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 du travailleur : \_\_\_\_\_ Numéro de réclamation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ (travail) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### B.

Employeur au moment de l'accident/de la maladie : \_\_\_\_\_

### 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 :

Veuillez indiquer le type de langue : \_\_\_\_\_

**E.**

Je souhaite faire appel de la décision du Bureau de révision de la WCB datée du :

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

Je crois que cette décision du Bureau de révision 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 :** Veuillez vous reporter au dépliant ci-joint et indiquer la méthode que vous souhaitez utiliser pour votre appel. (veuillez 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 : \_\_\_\_\_