

À l'usage de la CNESST

N° de référence

Formulaire transmis le

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Bureau régional

1. TYPE DE DEMANDE

Demande de révision en indemnisation et réadaptation ou en imputation		N° de dossier du travailleur ou de la travailleuse	<input type="text"/>
Date de la décision contestée	<input type="text"/>	Date de l'événement d'origine ou de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation	<input type="text"/>
Objet de la décision	<input type="text"/>		
Demande de révision en financement		Titre de la décision contestée	<input type="text"/>
Date de la décision contestée	<input type="text"/>	N° de l'employeur ou n° d'entreprise du Québec (NEQ)	<input type="text"/>
		Nom de l'agent(e) de financement	<input type="text"/>
Demande de révision en prévention et inspection		N° du rapport d'intervention - RAP	<input type="text"/>
Date du rapport d'intervention	<input type="text"/>	Nom de l'inspecteur(rice)	<input type="text"/>

2. MOTIFS DE LA DEMANDE

Indiquez pourquoi vous êtes en désaccord avec la décision. (Limite de 300 caractères. Vous pouvez joindre un document en annexe, au besoin.)

3. PERSONNE QUI DEMANDE LA RÉVISION

Travailleur
 Représentant du travailleur
 Employeur
 Représentant de l'employeur
 Autre
 Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande de révision sont véridiques et complets.

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR OU LA TRAVAILLEUSE

Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom	
Numéro, rue, app.		Ville	Province
Code postal			
Téléphone	Poste	Téléphone (autre)	Poste
		Télécopieur	

5. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur (raison sociale)		Nom de la personne à joindre (fonction)	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (Numéro, rue, app.)		Ville	Province
Code postal			
Téléphone	Poste	Téléphone (autre)	Poste
		Télécopieur	

6. AUTRE

Nom de famille		Prénom		Fonction
Numéro, rue, app.		Ville	Province	Code postal
Téléphone	Poste	Téléphone (autre)	Poste	Télécopieur

7. RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT

Nom de l'entreprise, de la firme ou du syndicat				
Nom de famille		Prénom		Fonction
Numéro, rue, app.		Ville	Province	Code postal
Téléphone	Poste	Téléphone (autre)	Poste	Télécopieur

J'autorise la personne mentionnée ci-dessus à me représenter concernant ma demande de révision. Cette personne aura accès à tout renseignement touchant ma demande de révision et pourra discuter de tout sujet qui s'y rapporte. À cette fin, j'autorise la CNESST à communiquer à mon représentant tout renseignement dans le présent dossier. Lorsque la demande de révision est présentée par une autre personne que le travailleur, la travailleuse ou l'employeur, celle-ci doit être accompagnée d'un mandat de représentation.

8. SIGNATURE

<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
----------------------	------	----------------------

1. TYPE DE DEMANDE**• Demande de révision en indemnisation et réadaptation ou en imputation**

Inscrivez la date de la décision que vous contestez* et l'objet de cette décision. Inscrivez le numéro de dossier de la travailleuse ou du travailleur identifié par un nombre de 9 chiffres qui figure dans la lettre de décision. Inscrivez le nom de l'intervenant ou de l'intervenante de la CNESST. Inscrivez la date de l'événement d'origine ou, s'il y a lieu, la date de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation qui figure sur la lettre de décision de la CNESST.

*** Note pour l'employeur**

Dans le cas d'un désaccord avec le droit du travailleur ou de la travailleuse de recevoir les prestations de services de santé, d'équipement adapté et d'autres frais ainsi que de frais de déplacement et de séjour qui ont été mentionnées sur le *Relevé des prestations accordées et des sommes imputées*, veuillez inscrire la date du relevé concerné. Veuillez également préciser laquelle ou lesquelles des prestations de services de santé, d'équipement adapté et d'autres frais ou de déplacement et de séjour sont contestées.

Le relevé fait également état de sommes portées à votre dossier à la suite de décisions qui accordent des prestations aux travailleurs. Ces décisions vous ont déjà été notifiées, de sorte que vous ne pouvez en demander la révision dans le présent relevé.

Si votre demande vise l'imputation des sommes inscrites au relevé, vous devez déposer une demande de transfert conformément aux articles 326, alinéa 2, et suivants de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*.

• Demande de révision en financement

Inscrivez la date de la décision que vous contestez ainsi que le titre de la décision contestée, comme il est inscrit sur la lettre de décision. Inscrivez le numéro d'employeur de 8 chiffres ou le numéro d'entreprise du Québec (NEQ) de 10 chiffres. Enfin, inscrivez le nom de la personne qui a rendu la décision contestée.

• Demande de révision en prévention et inspection

Inscrivez la date du rapport d'intervention contesté. Inscrivez le numéro du rapport d'intervention. Ce dernier est inscrit sur le rapport d'intervention et il commence par « RAP ». Inscrivez le nom de l'inspecteur ou de l'inspectrice.

2. MOTIFS DE LA DEMANDE

Expliquez brièvement pourquoi vous demandez la révision de la décision.

3. PERSONNE QUI DEMANDE LA RÉVISION

Cochez si la personne qui demande la révision est le travailleur, le représentant du travailleur, l'employeur, le représentant de l'employeur ou une autre partie (par exemple, une succession). En cochant l'une de ces cases, vous déclarez que les renseignements fournis dans la présente demande de révision sont véridiques et complets.

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR OU LA TRAVAILLEUSE

Cette section doit toujours être remplie dans le cas d'une demande de révision en indemnisation et réadaptation ou en imputation et, s'il y a lieu, d'une demande de révision en inspection.

5. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Cette section doit toujours être remplie dans les cas où la demande de révision est produite par l'employeur.

6. AUTRE

Cette section doit toujours être remplie si vous avez coché Autre à la section « Personne qui demande la révision ».

7. RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT

S'il y a lieu, inscrivez les coordonnées du représentant au dossier.

8. SIGNATURE

Si la demande de révision est produite sur papier, veuillez signer et dater le document.

MonEspace | **CNESST**

Utilisez le formulaire en ligne à partir de votre compte sur MonEspace CNESST. Il s'agit de l'option la plus efficace.

Inscrivez-vous sans tarder à nos services en ligne à monespacecnesst.ca.

Des questions ?

Dans MonEspace CNESST, utilisez le bouton Assistance, ou composez le 1 844 838-0808.

Faites parvenir le document rempli à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail :

Par la poste

CNESST, C. P. 2026, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 0H9

Par télécopieur

1 855 722-8081

Pour rejoindre la CNESST, un seul numéro

1 844 838-0808