

INTENTION D'EN APPELER D'UNE DÉCISION DE LA CSPAAT

DESTINATAIRE : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance
contre les accidents de travail
200, rue Front Ouest
Toronto (Ontario) M5V 3J1

1^{re} PARTIE (À remplir dans tous les cas)

J'en appelle des décisions suivantes concernant mes demandes de prestations :

Numéro de demande	Date de la décision	Nom du décideur
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Je m'oppose aux décisions suivantes parce que la CSPAAT a refusé mes demandes de prestations ou diminué mes prestations ou m'a refusé ses services sans tenir suffisamment compte des preuves fournies ou sans observer ses propres politiques ou la Loi. Veuillez confirmer par écrit que mon appel a été déposé dans les délais prescrits.

2^e PARTIE (À remplir si vous ne désirez pas interjeter appel tout de suite)

J'interjette appel immédiatement afin de satisfaire aux délais prescrits à cette fin par la Loi. Je demande que la CSPAAT n'entame aucune procédure en rapport avec mon appel jusqu'à ce que je l'aie avisé que je suis prêt à interjeter appel.

(Signature du travailleur)

(Date)

3^e PARTIE (À remplir si vous souhaitez interjeter appel tout de suite)

Je suis prêt à interjeter appel et je demande à la CSPAAT de me fournir le plus tôt possible une copie complète de mon dossier et le formulaire d'opposition.

(Signature du travailleur)

(Date)