

À l'usage de la CNESST		
N° de référence	Formulaire transmis le :	Bureau régional

**1. Type de demande**
**Demande de révision en indemnisation et réadaptation ou en imputation**

Date de la décision contestée

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

Date de l'événement d'origine

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

N° de dossier du travailleur

--	--	--	--	--	--	--	--

Date de la récidive, rechute ou aggravation

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

Nom de l'intervenant \_\_\_\_\_

**Demande de révision en financement**

Date de la décision contestée

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

Titre de la décision contestée \_\_\_\_\_

N° de l'employeur (NEQ, ENL) \_\_\_\_\_

Nom de l'agent de financement \_\_\_\_\_

**Demande de révision en inspection**

Date du rapport d'intervention

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

N° du rapport d'intervention - RAP \_\_\_\_\_

Nom de l'inspecteur \_\_\_\_\_

**2. Motifs de la demande**

Indiquer pourquoi vous êtes en désaccord avec la décision. (Joindre un document en annexe au besoin.)

---



---



---

**3. Traitement de votre demande**

La Révision administrative examine votre dossier et rend une décision basée sur les documents qu'il contient. Désirez-vous faire part de vos observations au réviseur lors d'un entretien téléphonique?

 Oui     Non

**4. Identification de la personne qui demande la révision**
 Travailleur     Employeur     Autre

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande de révision sont véridiques et complets.

**5. Renseignements sur le travailleur**

Nom de famille (selon l'acte de naissance)

Prénom

N°    Rue    App.

Ville

Province

Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--

**6. 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

N°    Rue    Bureau

Ville

Province

Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--

**7. Autre**

Nom de famille (selon l'acte de naissance)

Prénom

Fonction

N°    Rue    App.

Ville

Province

Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--

**8. Renseignements sur le représentant**

Nom de l'entreprise, de la firme ou du syndicat

Nom de famille

Prénom

Fonction

N°    Rue    Bureau

Ville

Province

Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--

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.

**9. Signature**
**Date**

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

## Renseignements concernant votre demande de révision

### 1. Type de demande

#### • Demande de révision en indemnisation et réadaptation ou en imputation

Inscrire la date de la décision que vous contestez\* et le n° de dossier du travailleur identifié par un nombre de 9 chiffres qui figure dans la lettre de décision. Inscrire le nom de l'intervenant de la CNESST. Inscrire la date de l'événement d'origine, qui figure sur la lettre de décision de la CNESST. S'il y a lieu, inscrire la date de la récidive, rechute ou aggravation. Cette date est inscrite sur la lettre de décision de la CNESST.

#### \* Note pour l'employeur :

Dans le cas d'un désaccord avec le droit du travailleur de recevoir les prestations d'assistance médicale et frais de déplacement et de séjour qui ont été notifiées 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 d'assistance médicale, 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 par 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

Inscrire la date de la décision que vous contestez ainsi que le « Titre de la décision contestée » tel qu'il est inscrit sur la lettre de décision. Inscrire le numéro de l'employeur : il s'agit soit du NEQ (10 chiffres), soit du numéro d'employeur (8 chiffres). Enfin, inscrire le nom de la personne qui a rendu la décision contestée.

#### • Demande de révision en inspection

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

### 2. Motifs de la demande

Expliquer brièvement pourquoi vous demandez la révision de la décision.

### 3. Traitement de la demande

Indiquer en cochant la case Oui ou Non si vous désirez que le réviseur vous contacte avant de rendre sa décision ou si vous préférez qu'il rende une décision avec les documents présents au dossier.

### 4. Identification de la personne qui demande la révision

Cocher si la personne qui demande la révision est le travailleur, 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, et vous reconnaissez avoir signé cette demande de révision auprès de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

### 5. Renseignements sur le travailleur

Section qui 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.

### 6. Renseignements sur l'employeur

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

### 7. Autre

À remplir si vous avez coché Autre à la section « Identification de la personne qui demande la révision ».

### 8. Renseignements sur le représentant

S'il y a lieu, inscrire les coordonnées du représentant de la personne qui fait la demande de révision (Travailleur, Employeur ou Autre).

### 9. Signature

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

## Directions régionales de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

Pour joindre la CNESST, un seul numéro : 1 844 838-0808

#### Abitibi-Témiscamingue

33, rue Gamble Ouest  
Rouyn-Noranda  
(Québec) J9X 2R3  
Téléc. : 819 762-9325

#### 2<sup>e</sup> étage

1185, rue Germain

#### Val-d'Or

(Québec) J9P 6B1  
Téléc. : 819 874-2522

#### Bas-Saint-Laurent

180, rue des Gouverneurs  
Case postale 2180  
Rimouski  
(Québec) G5L 7P3  
Téléc. : 418 725-6237

#### Capitale-Nationale

425, rue du Pont  
Case postale 4900  
Succursale Terminus  
Québec  
(Québec) G1K 7S6  
Téléc. : 418 266-4015

#### Chaudière-Appalaches

835, rue de la Concorde  
Lévis  
(Québec) G6W 7P7  
Téléc. : 418 839-2498

#### Côte-Nord

Bureau 236  
700, boulevard Laure  
Sept-Îles  
(Québec) G4R 1Y1  
Téléc. : 418 964-3959

#### 235, boulevard La Salle

Baie-Comeau  
(Québec) G4Z 2Z4  
Téléc. : 418 294-7325

#### Estrie

Place-Jacques-Cartier  
Bureau 204  
1650, rue King Ouest  
Sherbrooke  
(Québec) J1J 2C3  
Téléc. : 819 821-7022

#### Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

163, boulevard de Gaspé  
Gaspé  
(Québec) G4X 2V1  
Téléc. : 418 368-7855

#### 200, boulevard Perron Ouest

New Richmond  
(Québec) G0C 2B0  
Téléc. : 418 392-5406

#### Île-de-Montréal

1, complexe Desjardins  
Tour Sud, 31<sup>e</sup> étage  
Case postale 3  
Succursale Place-Desjardins  
Montréal  
(Québec) H5B 1H1  
Téléc. : 1 855 722-8081

#### Lanaudière

432, rue De Lanaudière  
Case postale 550  
Joliette  
(Québec) J6E 7N2  
Téléc. : 450 756-6832

#### Laurentides

3<sup>e</sup> étage  
275, rue Latour  
Saint-Jérôme  
(Québec) J7Z 0J7  
Téléc. : 450 432-1765

#### Laval

1700, boulevard Laval  
Laval  
(Québec) H7S 2G6  
Téléc. : 450 668-1174

#### Longueuil

25, boulevard La Fayette  
Longueuil  
(Québec) J4K 5B7  
Téléc. : 450 442-6373

#### Mauricie et Centre-du-Québec

Bureau 200  
1055, boulevard des Forges  
Trois-Rivières  
(Québec) G8Z 4J9  
Téléc. : 819 372-3286

#### Outaouais

15, rue Gamelin  
Case postale 1454  
Gatineau  
(Québec) J8X 3Y3  
Téléc. : 819 778-8699

#### Saguenay-Lac-Saint-Jean

Place-du-Fjord  
901, boulevard Talbot  
Case postale 5400  
Saguenay  
(Québec) G7H 6P8  
Téléc. : 418 545-3543

#### Complexe du Parc

6<sup>e</sup> étage  
1209, boulevard du Sacré-Cœur  
Case postale 47  
Saint-Félicien  
(Québec) G8K 2P8  
Téléc. : 418 679-5931

#### Saint-Jean-sur-Richelieu

3<sup>e</sup> étage  
145, boulevard Saint-Joseph  
Saint-Jean-sur-Richelieu  
(Québec) J3B 1W5  
Téléc. : 450 359-1307

#### Valleyfield

9, rue Nicholson  
Salaberry-de-Valleyfield  
(Québec) J6T 4M4  
Téléc. : 450 377-8228

#### Yamaska

2710, rue Bachand  
Saint-Hyacinthe  
(Québec) J2S 8B6  
Téléc. : 450 773-8126

#### SERVICE À LA GRANDE ENTREPRISE ET AUX MUTUELLES DE PRÉVENTION

Bureau 381  
524, rue Bourdages  
Case postale 1200  
Succursale terminus  
Québec  
(Québec) G1K 7E2

#### 12<sup>e</sup> étage

1199, rue De Bleury  
Case postale 6056  
Succursale Centre-ville  
Montréal  
(Québec) H3C 4E1  
Téléc. : 514 906-2961