Conseil d'appel en assurance-emploi du Canada
Employment Insurance Board of Appeal of Canada

AVIS D'APPEL

Les renseignements personnels que vous fournissez dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social* et du *Règlement sur le Conseil d'appel en assurance-emploi* afin de traiter votre appel d'une décision de révision de l'assurance-emploi devant le Conseil d'appel. Le remplissage de ce formulaire est volontaire, mais le refus de fournir les renseignements personnels demandés peut entraîner le rejet du formulaire pour cause d'incomplétude ou d'inéligibilité. Le numéro d'assurance sociale (NAS) est recueilli en vertu de la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social* et conformément à la Directive sur le numéro d'assurance sociale du Secrétariat du Conseil du Trésor. Votre NAS servira uniquement à des fins d'identification, pour récupérer des renseignements pertinents et pour lier votre appel à la demande de révision. Vos renseignements personnels sont protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et accessibles en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information*. Ils ne seront utilisés et divulgués que conformément à la description figurant dans le fichier de renseignements personnels intitulé « Dossiers de demandes d'assurance-emploi » (EDSC/PPU 151). Les instructions pour obtenir ces renseignements sont décrites dans la publication gouvernementale intitulée *Info Source*, disponible à l'adresse www.canada.ca/infosource-EDSC. Vous avez également le droit de demander l'accès à vos renseignements personnels et d'en demander la correction si vous estimez que les renseignements que vous avez fournis contiennent des erreurs ou des omissions. Pour demander une correction de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le Bureau de l'accès à l'information et protection des renseignements personnels d'Emploi et Développement social Canada à l'adresse NC-COMM-ATIP-AIPRP-GD@hrsdc-rhdcc.gc.ca. Si vous n'êtes pas satisfait de notre réponse à vos préoccupations en matière de protection de la vie privée ou du traitement de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le Commissariat à la protection de la vie privée du Canada à l'adresse www.priv.gc.ca/fr/signaler-un-probleme.

RENSEIGNEMENTS DE L'APPELANT(E)

Si vous êtes un employé ou travailleur indépendant, remplissez la section A.
Si vous êtes un employeur, remplissez la section B.

A. EMPLOYÉ OU TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

Prénom :	Nom de famille :

Numéro d'assurance sociale (999 999 999) :	Adresse postale :

Ville :	Province :	Code postal (A1A 1A1)

Numéro de téléphone (jour) (999) 999-9999 :	Autre numéro de téléphone (s'il y a lieu) (999) 999-9999 :

COMMUNICATION ÉLECTRONIQUE :

☐ En fournissant cette adresse courriel, j'autorise le Conseil d'appel à communiquer avec moi par voie électronique

Adresse courriel :

B. EMPLOYEUR

Nom de l'entreprise :		
Prénom de la personne ressource :	Nom de famille de la personne ressource :	
Numéro d'entreprise de l'Agence du revenu du Canada :		
Adresse postale de l'entreprise :		
Ville :	Province :	Code postal (A1A 1A1)
Numéro de téléphone (jour) (999) 999-9999 :	Autre numéro de téléphone (999) 999-9999 :	

Si l'appel concerne une personne employée ou anciennement employée, veuillez compléter les informations suivantes :

Numéro d'assurance sociale de la personne employée (999 999 999) :	
Prénom de la personne employée :	Nom de famille de la personne employée :

COMMUNICATION ÉLECTRONIQUE :

☐ En fournissant cette adresse courriel, j'autorise le Conseil d'appel à communiquer avec moi par voie électronique

Adresse courriel :

DÉCISION DE RÉVISION FAISANT L'OBJET DE L'APPEL

Numéro d'identification du dossier tel qu'indiqué dans la lettre de décision de révision

Date de la lettre de décision de révision (AAAA-MM-JJ)

Date à laquelle vous avez été informé de la décision de révision (AAAA-MM-JJ)

Veuillez expliquer pourquoi vous êtes en désaccord avec la décision de révision (joindre des pages supplémentaires au besoin) :

DOCUMENTS À L'APPUI

Je joins des documents à l'appui : ◯ Oui ◯ Non

Veuillez fournir des copies de tout document soutenant votre appel. En voici quelques exemples :

- bulletins de paie
- relevés d'emploi
- conventions collectives
- relevés bancaires
- certificats ou rapports médicaux
- preuve de résidence

APPEL EN RETARD (s'il y a lieu)

Vous avez **30 jours** à partir de la date à laquelle vous avez été informé de la **décision de révision** pour déposer un appel.

Si votre appel est déposé après ce délai de 30 jours, **vous devez** expliquer la raison du retard. Le Conseil d'appel utilisera ces informations pour décider s'il peut accorder une prolongation du délai pour déposer votre appel.

Remarque : Le Conseil d'appel n'est pas autorisé à accepter les appels déposés **plus d'un an** après la date à laquelle vous avez été informé de la **décision de révision**.

Expliquez pourquoi votre appel est en retard (joindre des pages supplémentaires au besoin) :

RENSEIGNEMENTS SUR L'AUDIENCE

Veuillez sélectionner l'un des formats d'audience suivants. Si aucune option n'est sélectionnée, votre audience se tiendra par vidéoconférence ou téléconférence.

◯ **Vidéoconférence**
Connectez-vous à la vidéoconférence à partir de l'endroit de votre choix, à l'aide de votre ordinateur personnel ou appraeil mobile. Une connexion Internet haute vitesse est requise.

◯ **Téléphone ou téléconférence**
Appelez à partir de l'endroit de votre choix, tel que votre domicile ou le bureau de votre représentant, s'il y a lieu.

◯ **En personne**
Votre audience aura lieu dans un Centre Service Canada.

LANGUE POUR LA CORRESPONDANCE ET L'AUDIENCE

Langue préférée pour la correspondance : ◯ Français ◯ Anglais

Langue préférée pour l'audience : ◯ Français ◯ Anglais

SERVICES D'UN(E) INTERPRÈTE

Si vous n'êtes pas à l'aise de parler français ou anglais pendant l'audience et avez besoin d'un(e) interprète, veuillez remplir les renseignements suivants.

☐ Je fournirai mon/ma propre interprète et serai responsable de tous les frais encourus.

☐ J'ai besoin qu'un(e) interprète soit fourni(e) par le Conseil d'appel.

L'interprète doit parler cette langue : _____

Mon dialecte et/ou mon pays d'origine : _____

MESURES D'ADAPTATION

Le Conseil d'appel en assurance-emploi s'engage à rendre le processus d'appel accessible à tous en offrant des mesures d'adaptation favorisant une participation pleine et égale, dans la mesure du possible. Tous les efforts seront déployés pour répondre aux besoins individuels et éliminer les obstacles, conformément aux principes d'équité procédurale et au droit à une audience équitable.

Souhaitez-vous être contacté(e) au sujet d'une mesure d'adaptation ? ◯ Oui ◯ Non

Vous trouverez des informations supplémentaires sur les mesures d'adaptation à l'adresse www.caae-eiboa.gc.ca.

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À UN(E) REPRÉSENTANT(E)

Vous n'avez pas besoin d'un(e) représentante pour déposer un appel. Toutefois, si vous choisissez d'en avoir un(e), veuillez remplir cette section du formulaire. Les renseignements personnels d'une partie ne peuvent être communiqués à son/sa représentant(e) sans son consentement écrit.

En fournissant votre consentement écrit, le Conseil d'appel communiquera avec votre représentant(e) autorisé(e) concernant l'appel. Seules les informations reçues par le Conseil d'appel dans le cadre de l'appel peuvent être divulguées. Cela peut inclure :

- le dossier de révision contenant toutes les informations utilisées par la Commission de l'assurance-emploi du Canada pour prendre sa décision en vertu de l'article 112 de la *Loi sur l'assurance-emploi* ;
- les observations de la Commission expliquant le raisonnement de sa décision ;
- toute information ou communication concernant l'appel ;
- la décision du Conseil d'appel.

De plus, vous autorisez cette personne à communiquer avec le Conseil d'appel et à recevoir des renseignements de celui-ci concernant toute question liée au processus d'appel. Cela lui permet d'assister à l'audience et de parler en votre nom. Vous êtes responsable de tous les frais encourus.

Avez-vous un(e) représentant(e) ? ◯ Oui ◯ Non

Prénom du/de la représentant(e) :	Nom de famille du/de la représentant(e) :

Nom de l'entreprise, du cabinet d'avocats, de l'organisme ou lien de la personne avec vous :

Adresse postale du/de la représentant(e) :

Ville :	Province :	Code postal (A1A 1A1)

Numéro de téléphone du/de la représentant(e) (jour) (999) 999-9999 :	Autre numéro de téléphone du/de la représentant(e) (s'il y a lieu) (999) 999-9999 :

Ce consentement n'autorise pas la personne que je désigne à modifier les informations contenues dans mon dossier de révision. Je comprends que ce consentement est valide pendant toute la durée de mon appel devant le Conseil d'appel, sauf révocation écrite de ma part.

☐ J'autorise le Conseil d'appel à partager toute information concernant mon appel avec mon/ma représentant(e).

COMMUNICATION ÉLECTRONIQUE

☐ En fournissant l'adresse courriel de mon/ma représentant(e), je confirme avoir obtenu son consentement afin que le Conseil d'appel communique avec lui/elle par voie électronique.

Adresse courriel du/de la représentant(e) :

DÉCLARATION ET SIGNATURE DE L'APPELANT(E)

Je déclare par la présente que je suis en désaccord avec la décision de révision de l'assurance-emploi et que je souhaite exercer mon droit de faire appel de cette décision auprès du Conseil d'appel. Je déclare que tous les renseignements fournis dans cet avis d'appel sont, à ma connaissance, véridiques.

Signature de l'appelant(e)	Date (AAAA-MM-JJ)
X _____	_____

COMMENT SOUMETTRE

En ligne

Vous pouvez remplir et soumettre ce formulaire en ligne via le site Web du Conseil d'appel en assurance-emploi à l'adresse www.caae-eiboa.gc.ca

Par la poste

Imprimez, remplissez, signez et envoyez ce formulaire ainsi que les copies des documents à l'appui à l'adresse suivante :

Conseil d'appel en assurance-emploi du Canada
140 Promenade du Portage
Gatineau, Québec K1A 0J9

*** Veuillez conserver tous vos documents originaux.**

En personne

Soumettez le formulaire rempli et signé ainsi que des copies des documents à l'appui à un Centre Service Canada. Pour trouver un bureau de Service Canada, veuillez consulter le site Web suivant : https://bureaux.service.canada.ca/fr

COORDONNÉES

Visitez le site Web du Conseil d'appel en assurance-emploi à l'adresse www.caae-eiboa.gc.ca

Appelez au numéro sans frais : 1-833-341-9399

Les heures d'ouverture sont du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, heure locale (sauf les jours fériés).