



**DEMANDE DE RÉVISION
d'une décision d'assurance-emploi**

		Numéro d'assurance sociale	
Vous êtes : <input type="checkbox"/> un prestataire <input type="checkbox"/> un employeur <input type="checkbox"/> une autre personne ou partie intéressée (voir partie 6)		Nom du/de la prestataire ou autre personne	
		Numéro d'entreprise attribué par l'Agence du revenu du Canada	
POUR LE BUREAU SEULEMENT Date de réception de cette demande de révision		Nom de l'employeur	

Les renseignements personnels demandés sur ce formulaire sont recueillis en application de la *Loi sur l'assurance-emploi*. Cette information sera utilisée pour évaluer votre demande de révision d'une décision d'assurance-emploi. Les renseignements consignés sur ce formulaire seront versés dans le fichier de renseignements personnels intitulé "Dossier de la demande de prestations - bureau local" (EDSC/PPU-150). La *Loi sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur l'accès à l'information* garantissent la protection des renseignements qui vous concernent et vous autorisent à les consulter. La façon de procéder pour accéder à vos renseignements personnels est disponible dans la publication Info Source à infosource.gc.ca ou à votre Centre Service Canada.

PARTIE 1: INFORMATION SUR LE DEMANDEUR

Nom du demandeur :

Adresse postale :

Ville :	Province :	Code Postal :	
Numéro de téléphone (maison) :	Téléphone cellulaire :	Numéro de téléphone (jour) :	Courriel :

PARTIE 2: DÉCISION(S) À RÉVISER

1. Pour quelle(s) décision(s) d'assurance-emploi désirez-vous une révision?

2. Date à laquelle la décision vous a été communiquée verbalement, si applicable : _____
(Année - Mois - Jour)

3. Date à laquelle la lettre de décision vous a été envoyée (indiquez toutes les dates s'il y a plus d'une lettre de décision) : _____
(Année - Mois - Jour)

Si vous êtes incertain de la ou des décisions rendues dans votre cause, veuillez vérifier auprès de votre Centre Service Canada au 1-800-808-6352.

PARTIE 3 : RAISON POUR LA DEMANDE DE RÉVISION

Veuillez expliquer pourquoi vous êtes en désaccord avec la ou les décision(s). Assurez-vous d'inclure toute information additionnelle à l'appui de votre demande qui pourrait ne pas avoir déjà été soumise à Service Canada au moment de la décision originale (ajoutez une ou des pages au besoin).

PARTIE 4: AVIS DE DEMANDE DE RÉVISION

IMPORTANT : Toute demande de révision d'une décision d'assurance-emploi doit être soumise à Service Canada dans les 30 jours suivant la date où vous avez reçu l'avis de décision.

Par la présente, je donne avis que je suis en désaccord avec une décision de l'assurance-emploi au sujet de ma demande de prestations (ou relative à la demande d'un ancien employé si vous êtes un employeur) et je souhaite exercer mon droit de demander une révision de cette décision. Je certifie par la présente que les renseignements indiqués dans ce formulaire sont véridiques et exacts, et que j'ai divulgué toute l'information et joint tous les documents pertinents dans le cadre de ma demande de révision.

Signature	Téléphone (où vous rejoindre au cours des 2 prochaines semaines) :	Date
-----------	--	------

PARTIE 5: DEMANDE DE RÉVISION EN RETARD (À compléter seulement si plus de 30 jours se sont écoulés depuis que la décision vous a été communiquée)

IMPORTANT : Si cette demande de révision est déposée plus de 30 jours après la date à laquelle vous avez reçu la décision de la Commission, vous devez expliquer pourquoi vous désirez que la période de temps soit prolongée.

1. Date à laquelle on vous a communiqué la décision pour laquelle vous demandez une révision : _____
(Année - Mois - Jour)

2. Veuillez expliquer les raisons du retard pour faire votre demande de révision :
(Ajoutez une ou des pages au besoin).

PARTIE 6: AUTRE PERSONNE OU PARTIE INTÉRESSÉE (à remplir uniquement si vous n'êtes pas un prestataire ou un employeur)

1. Présentez-vous cette demande de révision au nom d'un prestataire ou d'un employeur ? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez qui vous représentez.

REMARQUE : Aucun renseignement ne vous sera divulgué jusqu'à ce que nous obtenions le consentement écrit de la personne que vous représentez. En vertu de la législation sur la protection des renseignements personnels, aucun renseignement au sujet de la demande d'un prestataire ne peut être communiqué à une autre personne sans une autorisation écrite. Un consentement doit être soumis par écrit, en utilisant soit une lettre soit un formulaire de consentement (SC INS3124). Le consentement doit être volontaire, les fins pour lesquelles il est donné doivent être précisées, l'information qui peut être divulguée doit être identifiée et le document doit être daté et signé par le client.

2. Êtes-vous une personne, autre qu'un prestataire ou un employeur, qui fait l'objet d'une décision de la Commission ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser ou expliquer comment vous êtes sujet à cette décision.

IMPORTANT : Nous pourrions avoir besoin de vous contacter au cours des deux prochaines semaines. Veuillez vérifier l'exactitude des numéros de téléphone soumis aux parties 1 et 4.

Signature	Date
-----------	------

DIRECTIVES POUR L'ENVOI POSTAL

Faites parvenir le formulaire dûment complété, incluant toute la documentation pertinente, à votre Centre de traitement Service Canada régional :

Atlantique: Service Canada
C.P. Box 8548
St. John's (Terre Neuve)
A1B 3P3

Québec: Service Canada
Centre de traitement de Boucherville
C.P. 60
Boucherville (Québec)
J4B 5E6

Ontario: Service Canada
C.P. 2602
Mississauga (Ontario)
L4T 0B1

Ouest et Territoires: Service Canada
C.P. 245
Edmonton (Alberta)
T5J 2J1