



# DEMANDE D'ANNULATION OU DE MODIFICATION (RÉOUVERTURE D'UN DOSSIER EN FONCTION DE FAITS NOUVEAUX)

À l'intention des demandeurs qui veulent annuler ou modifier une décision rendue par la Division générale ou la Division d'appel du Tribunal de la sécurité sociale (TSS)

## DIRECTIVES POUR LA PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE

### AVANT DE PRÉSENTER UNE DEMANDE

**Vous devez remplir TOUS les champs (REQUIS) obligatoires.**

La demande ne sera pas réputée avoir été déposée tant que les renseignements obligatoires n'auront pas été fournis.

- Les demandeurs sont invités à utiliser les versions interactives (électroniques) du formulaire *Demande d'annulation ou de modification*. La version interactive de l'avis d'appel surligne automatiquement les champs obligatoires.

### 1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR (PAGE 3)

Les renseignements personnels et les coordonnées du demandeur doivent être inscrits dans la section 1.

Pour présenter une demande au nom de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) ou de la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC), les champs suivants de la section 1 doivent être remplis :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adresse                  | <input type="checkbox"/> Code postal/ZIP     | <input type="checkbox"/> Numéro de télécopieur |
| <input type="checkbox"/> Ville                    | <input type="checkbox"/> Numéro de téléphone | <input type="checkbox"/> Adresse électronique  |
| <input type="checkbox"/> Province/Territoire/État |  |  |

Autrement, les champs suivants de la section 1 doivent être remplis :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nom complet du demandeur                          | <input type="checkbox"/> Ville                    | <input type="checkbox"/> Numéro de téléphone                    |
| <input type="checkbox"/> Numéro d'assurance sociale ou numéro d'entreprise | <input type="checkbox"/> Province/Territoire/État | <input type="checkbox"/> Numéro de télécopieur (le cas échéant) |
| <input type="checkbox"/> Adresse   | <input type="checkbox"/> Code postal/ZIP          | <input type="checkbox"/> Adresse électronique (le cas échéant)  |

### 2 - TYPE DE PRESTATIONS (PAGE 3)

Il est obligatoire de remplir la section 2. La Loi en vertu de laquelle la décision du TSS a été prise doit y être inscrite.

### 3 - DIVISION DU TSS (PAGE 3)

Il est obligatoire de remplir la section 2. Le titre de la division du TSS qui a pris la décision doit y être inscrit.

### 4 - DÉCISION VISÉE PAR LA DEMANDE (PAGE 4)

Inscrire dans la section 4 la décision du TSS visée par la demande et les motifs de la demande.

Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille supplémentaire. Indiquez clairement le numéro de la question sur la feuille supplémentaire.

Les champs suivants de la section 4 sont obligatoires :

- 4(A) Numéro d'appel de la décision du TSS qui fait l'objet de la demande.
  - 4(A) Date à laquelle vous avez reçu la décision du TSS qui fait l'objet de la demande.
  - 4(B) Motifs de la demande - Expliquez-nous les motifs de la demande d'annulation ou de modification de la décision du TSS en vertu du paragraphe de la *Loi sur le ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences*.
- (1) Le Tribunal peut annuler ou modifier une décision qu'il a prise lorsqu'une demande à cet égard est présentée si :
- a) dans le cas d'une décision prise en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*, des faits nouveaux sont présentés au Tribunal ou le Tribunal est convaincu que la décision a été rendue en l'absence d'un fait essentiel ou qu'elle a été fondée sur une erreur relative à un tel fait;
  - b) dans le cas de toute autre décision, des faits nouveaux et essentiels qui, au moment de l'audience, ne pouvaient être connus malgré l'exercice d'une diligence raisonnable sont présentés.
- 4(C) Liste de preuves - documents sur lesquels le demandeur s'appuie pour prouver l'existence de faits nouveaux ou de nouveaux faits essentiels. **N'envoyez pas de renseignements qui ont été précédemment versés au dossier.**

## 5 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT (PAGE 5)

La section doit être remplie lorsque le demandeur n'est pas RHDCC ou la CAEC, et qu'il est représenté.

Les champs suivants de la section 5 sont obligatoires :

Remplir le cercle approprié si l'apprenant est représenté. Ne remplir qu'un seul cercle.

Si l'appelant est représenté (c'est-à-dire que « Je suis représenté » a été coché), une autorisation de divulguer les renseignements doit accompagner le présent avis d'appel et les champs suivants sont obligatoires

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prénom du représentant         | <input type="checkbox"/> Ville                    | <input type="checkbox"/> Numéro de téléphone                    |
| <input type="checkbox"/> Nom de famille du représentant | <input type="checkbox"/> Province/Territoire/État | <input type="checkbox"/> Numéro de télécopieur (le cas échéant) |
| <input type="checkbox"/> Adresse du représentant        | <input type="checkbox"/> Code postal/ZIP          | <input type="checkbox"/> Adresse électronique (le cas échéant)  |

## 6 - DÉCLARATION ET SIGNATURE (PAGE 5)

Si le *formulaire a été rempli par l'appelant*, les champs suivants de la section 6 sont obligatoires :

Signature de l'appelant (doit être signé par l'appelant pour être accepté)  Date de la signature de l'appelant

Si le *formulaire a été rempli par un témoin*, les champs suivants de la section 6 sont obligatoires :

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nom du témoin                  | <input type="checkbox"/> Adresse du témoin        | <input type="checkbox"/> Code postal/ZIP     |
| <input type="checkbox"/> Signature du témoin            | <input type="checkbox"/> Ville                    | <input type="checkbox"/> Numéro de téléphone |
| <input type="checkbox"/> Date de la signature du témoin | <input type="checkbox"/> Province/Territoire/État |  |

Si *l'appelant est représenté* (« Je suis représenté » a été sélectionné à la section 5), il n'est pas nécessaire d'obtenir une signature de l'appelant. Les champs suivants de la section 6 sont obligatoires :

Signature du représentant  Date de la signature du représentant

**PIÈCES JOINTES** - Les documents suivants doivent être joints à votre copie imprimée du formulaire *Demande de permission d'en appeler devant la Division d'appel* :

- Une copie de la décision du TSS qui fait l'objet de la demande.
- Tout document sur lequel a été fondée la preuve de l'existence de faits nouveaux ou essentiels.

## EXPÉDITION PAR LA POSTE

Poster le présent avis d'appel et les pièces jointes à :

**Tribunal de la sécurité sociale**  
**CP 9812 SUCC T CSC**  
**Ottawa (Ontario) K1G 6S3**

## COORDONNÉES DU TSS

Vous avez besoin d'aide pour remplir les formulaires? Les heures de fonctionnement du TSS sont les suivantes : 7 h à 20 h (HNE).

Internet : [www.canada.gc.ca/tss-sst](http://www.canada.gc.ca/tss-sst)

Courriel : [info.sst-tss@canada.gc.ca](mailto:info.sst-tss@canada.gc.ca)

Téléphone : 1-877-227-8577

Télécopieur : 1-855-814-4117

ATS : 1-800-465-7735

## RAPPELS

Comme le prévoit l'article 6 du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* : « S'il advient un changement dans les coordonnées d'une partie, celle-ci en informe sans délai le Tribunal en déposant un avis. » L'omission d'informer des changements apportés aux coordonnées peut avoir des répercussions négatives sur l'appel.

Informez le TSS si vous autorisez un représentant après avoir soumis le présent formulaire *Demande d'annulation ou de modification*. Conservez une copie du présent formulaire *Demande d'annulation ou de modification* et des documents connexes pour vos dossiers.

## PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements que vous fournissez sont recueillis en vertu de la *Loi sur le ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences*, de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, de la *Loi sur l'assurance-emploi* et du *Régime de pensions du Canada*, aux fins d'une *Demande d'annulation ou de modification*.

Le numéro d'assurance sociale (NAS) est recueilli en vertu de la *Loi sur le ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences* et du *Règlement sur le Tribunal de la sécurité sociale* et conformément à la directive du Secrétariat du Conseil du Trésor sur le NAS. Le NAS sera utilisé comme numéro de dossier.

Votre participation est volontaire. Si vous refusez de fournir les renseignements demandés, votre appel pourrait être compromis.

Les renseignements que vous fournissez seront communiqués à toutes les parties à l'appel, y compris RHDCC. Ils pourraient également être communiqués à RHDCC aux fins de la production de rapports.

Les renseignements que vous fournissez peuvent être utilisés ou communiqués à des fins d'analyse de politique, de recherche et/ou d'évaluation. Afin de mener ces activités, diverses sources d'information sous la garde et le contrôle de RHDCC pourraient être liées. Toutefois les autres utilisations ou divulgations de vos renseignements personnels ne serviront jamais à prendre une décision administrative à votre sujet.

Vos renseignements personnels sont administrés conformément à la *Loi sur le ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences*, à la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, à la *Loi sur l'assurance-emploi*, au *Régime de pensions du Canada* et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous avez le droit à la protection de vos renseignements personnels et à leur accès. Ils seront conservés dans le(s) fichier(s) de renseignements personnels en cours d'élaboration. Pour connaître la démarche d'accès à ces renseignements, consultez la publication du gouvernement intitulée *Info Source*, qui se trouve en ligne à l'adresse <http://www.infosource.gc.ca>.

*Info Source* peut également être consultée en ligne dans tous les centres Services Canada.



# DEMANDE D'ANNULATION OU DE MODIFICATION

À L'USAGE DU BUREAU  
SEULEMENT  
Timbre dateur

## 1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

|  |      |  |  |
|--|------|--|--|
| Nom complet du demandeur   |      | Numéro d'assurance social ou d'entreprise (le cas échéant) |  |
| ADRESSE ACTUELLE   |      |  |  |
| Adresse (n°, rue, app., route rurale)  |      | Ville  |  |
| Province/Territoire/État   | Pays | Code postal/ZIP  |  |
| RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES   |      |  |  |
| Numéro de téléphone  |      | Autre numéro de téléphone                                  |  |
| Avez-vous (le demandeur) un numéro de télécopieur? Dans l'affirmative, vous devez le fournir.<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (précisez)    Numéro de télécopieur : |      |  |  |
| Avez-vous (le demandeur) une adresse électronique? Dans l'affirmative, vous devez la fournir.<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (précisez)    Adresse électronique :  |      |  |  |

## 2 - TYPE DE PRESTATIONS

La décision qui fait l'objet de la présente demande a été prise en vertu de la loi suivante :

*Loi sur l'assurance-emploi*     *Régime de pensions du Canada (loi)*     *Loi sur la sécurité de la vieillesse*

## 3 - DIVISION DU TSS

La décision qui fait l'objet de la présente demande a été prise par la division suivante du TSS :

Division générale     Division d'appel

#### 4 - DÉCISION VISÉE PAR LA DEMANDE

Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille supplémentaire. Indiquez clairement le numéro de la question sur la feuille supplémentaire.

##### A) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DÉCISION RENDUE PAR LE TSS

|   |  |
|---|--|
| <b>Numéro de l'appel</b><br>de la décision du TSS visée par la présente demande | Date à laquelle vous avez reçu la décision du TSS<br>Année Mois Jour |
|---|--|

##### B) MOTIFS DE LA DEMANDE - (consulter les directives à la page 1)

En vertu des alinéas 66(1)a) et 66(1)b) de la *Loi sur le ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences*, je présente une demande d'annulation ou de modification de la décision du TSS, en fonction de faits nouveaux, pour les raisons suivantes :

|  |
|--|
|  |
|--|

##### C) LISTE DES PREUVES

Joindre les documents sur lesquels s'est fondé le demandeur pour prouver l'existence de faits nouveaux ou essentiels.  
Dresser la liste des faits nouveaux seulement.

| Description des documents<br>(p. ex. rapport médical, document d'emploi, etc.) | De | Date<br>Année Mois Jour | Nombre de<br>pages |
|--|----|-------------------------|--------------------|
|  |    |                         |                    |
|  |    |                         |                    |
|  |    |                         |                    |
|  |    |                         |                    |
|  |    |                         |                    |
|  |    |                         |                    |
|  |    |                         |                    |
|  |    |                         |                    |

## 5 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT

Je me représente moi-même

Je suis représenté

Si vous avez répondu « Je suis représenté », remplissez les champs ci-dessous et le formulaire *Autorisation de divulguer des renseignements*.

|   |                                |  |  |
|---|--------------------------------|--|--|
| Prénom du représentant  | Nom de famille du représentant | Nom de l'entreprise, de l'association ou de l'organisation |  |
| Adresse du représentant (n°, rue, app., route rurale)   |                                | Numéro de la pièce/de l'unité                              |  |
| Ville   | Province/Territoire/État       | Pays   |  |
| Code postal/ZIP   | Numéro de téléphone            | Autre numéro de téléphone                                  |  |
| Votre représentant a-t-il un numéro de télécopieur? Dans l'affirmative, vous devez le fournir.<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (précisez)      Numéro de télécopieur : |                                |  |  |
| Votre représentant a-t-il une adresse électronique? Dans l'affirmative, vous devez la fournir.<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (précisez)      Adresse électronique :  |                                |  |  |

## 6 - DÉCLARATION ET SIGNATURE

### PARTIE 1 - À REMPLIR, si vous n'avez pas de représentant.

Je sou mets, par la présente, au nom du demandeur, une demande visant à annuler ou à modifier une décision rendue par le Tribunal de la sécurité sociale et déclare, au meilleur de mes connaissances, que tous les renseignements figurant dans le présent avis d'appel sont vrais et complets.

|                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| Signature du demandeur | Année Mois Jour |
|------------------------|-----------------|

### PARTIE 2 - CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN TÉMOIN SI LE DEMANDEUR NE PEUT PAS REMPLIR LE FORMULAIRE.

J'ai rempli le présent formulaire *Demande d'annulation ou de modification* et j'en ai lu le contenu au demandeur, qui a apposé sa marque, en ma présence, à la rubrique *Signature du demandeur* de la partie 1.

|   |                     |                 |                     |
|---|---------------------|-----------------|---------------------|
| Nom du témoin (lettres moulées)                 | Signature du témoin | Année Mois Jour |                     |
| Adresse du témoin (n°, rue, app., route rurale) |                     | Ville           |                     |
| Province/Territoire/État                        | Pays                | Code postal/ZIP | Numéro de téléphone |

### PARTIE 3 - CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN REPRÉSENTANT DU DEMANDEUR, LE CAS ÉCHÉANT.

Je sou mets, par la présente, au nom du demandeur, une demande visant à annuler ou à modifier une décision rendue par le Tribunal de la sécurité sociale et déclare, au meilleur de mes connaissances, que tous les renseignements figurant dans le présent avis d'appel sont vrais et complets.

Note : Si vous représentez un demandeur, veuillez remplir et signer le formulaire *Autorisation de divulguer des renseignements* et le joindre au présent formulaire *Demande d'annulation ou de modification*. Le demandeur doit signer le formulaire *Autorisation de divulguer des renseignements*.

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Signature du représentant | Année Mois Jour |
|---------------------------|-----------------|