



**NOTICE OF APPEAL TO THE
BOARD OF REFEREES**

**AVIS D'APPEL DEVANT LE
CONSEIL ARBITRAL**

FOR OFFICE USE ONLY - POUR LE BUREAU SEULEMENT

**Date of Receipt of this Notice of Appeal
Date de réception de cet Avis d'appel**

Social Insurance Number - Numéro d'assurance sociale
Claimant's or Other Person's Name Nom du/de la prestataire ou autre personne
Canada Customs and Revenue Agency Business No. No. d'entreprise attribué par l'Agence des Douanes et Revenu du Canada
Employer Name - Nom de l'employeur

The information you provide on this form will be retained in Personal information Bank entitled "E.I. Claim File" (HRDC/PPU-150). Instructions for accessing your personal information are given in the **Personal Information Index**, a copy of which is available at Human Resource Centres.

Les renseignements consignés sur ce formulaire seront versés dans le fichier de renseignements personnels intitulé «Dossier de la demande de prestations» (HRDC/PPU-150). La façon de procéder pour avoir accès aux renseignements personnels vous concernant est expliquée dans le **Répertoire des renseignements personnels**. Vous pouvez consulter cette publication dans les Centre des ressources humaines du Canada.

1. Name of Appellant – Nom de l'appelant(e)		
Street Address - Adresse		
City - Ville	Province	Postal Code - Code Postal
Telephone (home) - Téléphone (domicile) () -		Telephone (work) - Téléphone (travail) () -
2. What decision(s) do you wish to appeal? If you are not sure what decision(s) was (were) made, please check with the Employment Insurance information centre. Quelle(s) décision(s) voulez-vous porter en appel? Si vous n'êtes pas certain quelle(s) décision(s) ont été rendues, veuillez vérifier avec le centre d'information de l'assurance-emploi.		
3. Explain in as much detail as you can why you are appealing. If possible, give the reason(s) you disagree with the decision or decisions. Attach any document you have to support your viewpoint. Add more pages if you need to. Expliquez le plus clairement possible pourquoi vous faites appel. Si possible, expliquez pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec la/les décisions qui ont été rendues. Joignez tout document que vous avez et qui pourraient aider votre position. Ajoutez des pages au besoin.		

4. Hearing options (choose one):/ Choix d'audience (cocher une case):

I wish to attend the hearing.
Je désire être présent(e) à l'audience.

I wish to have a telephone hearing.
Je désire une audience par téléphone.

Language of hearing (choose one):
Langue de l'audience (cocher une case):

English
Anglais

French
Français

I do not wish to appear at a hearing. I understand that the Board of Referees will make a decision based on my appeal and the evidence on my file.
Je ne désire pas d'audience. Je comprends que le conseil arbitral va rendre sa décision avec la documentation que contient mon dossier.

Please indicate any days or hours you are **not available** to attend a hearing:

Veuillez indiquer s'il y a des dates ou des périodes pour lesquelles vous **n'êtes pas disponible** pour assister à l'audience:

NOTE:

I understand that if I do not speak English or French it is my responsibility to provide an interpreter at my own expense. If you have a hearing or a visual impairment, HRDC will pay for either a sign language interpreter or your docket can be sent to you in Braille-let us know.

Je comprends que si je ne parle pas le français ou l'anglais, il est de ma responsabilité de fournir les services d'un interprète à mes frais. Si vous avez une déficience auditive ou visuelle, DRHC paiera les services d'un interprète gestuel, ou votre dossier vous sera envoyé en Braille. Vous n'avez qu'à nous en informer.

5. I will be represented at my hearing.
Je serai représenté(e) à l'audience.

Yes
Oui

No
Non

Name of representative-Nom du représentant:

Telephone - Téléphone:

() -

Street Address - Adresse:

NOTE: If you get someone to represent you after this form is filed, you must give HRDC written authorization to release information to that person.

Si vous retenez les services d'un représentant après que vous ayez rempli ce formulaire, vous devrez donner l'autorisation écrite à DRHC avant que les informations qui vous concernent lui soient données.

6. If the information sent with this Notice of appeal is enough to cancel the decision, I wish to withdraw my appeal.

Si l'information fournie avec cet Avis d'appel est suffisante pour annuler la décision, je désire retirer mon appel.

Yes
Oui

No
Non

LATE APPEAL.

If this Notice of Appeal is being filed more than 30 days after the date you received your decision, you must show special reasons to extend the appeal period. Add more pages if you need to.

Reason for your delay in filing this appeal:

Date you received the decision you are appealing: _____

APPEL EN RETARD. Si cet Avis d'Appel est déposé plus de 30 jours après la date à laquelle vous avez reçu la décision, vous devez démontrer avoir des raisons spéciales pour prolonger le délai d'appel. Ajoutez des pages au besoin.

Date à laquelle vous avez reçu la décision:

Raisons pour le retard à déposer l'appel: _____

Note: Previous cases of Employment Insurance appeals on issues similar to those on your appeal can be found on the Internet at:
www.ei-ae.gc.ca/arbitre-umpire.html

Note: Des décisions sur des appels de l'assurance-emploi portant sur des causes similaires à votre appel peuvent être consultés à l'adresse Internet suivante:
www.ei-ae.gc.ca/arbitre-umpire.html

Signature



Date

