



FORMULAIRE DE DEMANDE DE MESURES D'ADAPTATION

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 un 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. 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.

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.

Pour obtenir des informations supplémentaires sur les [mesures d'adaptation](#), visitez www.eiboa-caae.gc.ca

Vous serez contacté(e) si des informations supplémentaires sont nécessaires.



VOS RENSEIGNEMENTS

Prénom :	Nom de famille :
Numéro de téléphone (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 :

Langue préférée pour la correspondance : ☐ Français ☐ Anglais

VOTRE RÔLE DANS L'APPEL

☐ Appelant(e) ☐ Représentant(e) ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Veuillez fournir l'un des numéros de référence suivants. Si vous n'avez pas ces renseignements, le Secrétariat du Conseil d'appel vous contactera.

Numéro de dossier du Conseil d'appel (BACA)
(tel qu'indiqué dans la correspondance du Conseil d'appel)

BACA - _____

Numéro ou identifiant du dossier
(tel qu'indiqué dans la lettre de décision de révision)

Numéro d'identification du dossier : _____

TYPE DE MESURE D'ADAPTATION

Veuillez choisir le type de mesure d'adaptation nécessaire pour participer au processus d'appel. Fournissez autant de détails que possible afin de répondre à vos besoins.

☐ **Accès à la communication** (p. ex., systèmes d'écoute assistée, langue des signes (ASL/LSQ))

Précisez la langue : _____

☐ **Soutien en matière de média accessible** (p. ex., braille, formats alternatifs)

Précisez : _____

☐ **Soutien à la mobilité ou soutien physique** (p. ex., accès en fauteuil roulant, animal d'assistance)

Précisez : _____

☐ **Technologie ou dispositifs d'assistance** (p. ex., compatibilité avec lecteurs d'écran, loupes)

Précisez : _____

☐ **Soutien lié au bien-être** (p. ex., pauses programmées, diminution des stimuli visuels/auditifs)

Précisez : _____

☐ **Autre soutien**

Précisez : _____



RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS (FACULTATIF)

Afin de répondre à votre demande, veuillez préciser la nature des mesures d'adaptation requises. Ya-t-il autre chose que nous devrions savoir pour vous permettre de participer au processus d'appel?

X

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

COMMENT SOUMETTRE

En ligne

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

Par la poste

Imprimez, remplissez, signez et envoyez ce formulaire à :

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

*** Conservez tous vos documents originaux.**

Remarque : Ce formulaire ne peut pas être soumis en personne à un Centre Service Canada.

COORDONNÉES

Visitez le site Web du [Conseil d'appel en assurance-emploi](http://www.caae-eiboa.gc.ca) 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).