

**ÉTAT DU COLORADO****BUREAU DES TRIBUNAUX ADMINISTRATIFS**

- 633 17<sup>th</sup> Street, Suite 1300, Denver, CO 80202 Fax : (303) 866-5909  
 1259 Lake Plaza Drive, Suite 230, Colo. Springs, CO 80906 Fax : (719) 576-2978  
 222 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 414, Grand Jct., CO 81501 Fax : (970) 248-7341

\_\_\_\_\_  
 Demandeur,

vs.

\_\_\_\_\_  
 Employeur, et

\_\_\_\_\_  
 Défendeur.

▲ **UNIQUEMENT À L'USAGE  
 DU TRIBUNAL** ▲

**NUMÉRO DE WC :**

\_\_\_\_\_

**DATE DE LA BLESSURE :**

\_\_\_\_\_

**RÉPONSE À****DEMANDE D'AUDIENCE**

\_\_\_\_\_ Date de la demande d'audience

**A. Réponse à la demande d'audience :** Déposée par \_\_\_\_\_ (Nom de la partie en  
 ou pour \_\_\_\_\_ lettres moulées)

En plus des questions marquées sur la demande d'audience, les questions suivantes seront examinées à l'audience :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niveau de compensation  | <input type="checkbox"/> Prestations totaux temporaires de _____ à _____   |
| <input type="checkbox"/> Prestations médicaux  | <input type="checkbox"/> Prestations partiels temporaires de _____ à _____ |
| <input type="checkbox"/> Fournisseur autorisé  | <input type="checkbox"/> Prestations d'invalidité partielle permanente     |
| <input type="checkbox"/> Raisonnablement nécessaire  | <input type="checkbox"/> Prestations d'invalidité totale permanente        |
| <input type="checkbox"/> Salaire hebdomadaire moyen  | <input type="checkbox"/> Prestations de décès                              |
| <input type="checkbox"/> Pétition pour rouvrir la réclamation  |  |
| <input type="checkbox"/> Défiguration  |  |
| <input type="checkbox"/> Pénalités : Décrivez avec précision les motifs pour lesquels une sanction est invoquée, y compris l'ordonnance, la règle ou l'article du statut prétendument violé, et les dates auxquelles vous prétendez que la violation a commencé et s'est terminée. |  |
| <input type="checkbox"/> Les autres questions à entendre lors de cette audience sont (telles que l'amélioration médicale maximale, la cessation des prestations, etc.) :   |  |

Témoins à appeler à l'audience ou par déposition : Liste des noms et adresses :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

(Joindre des pages supplémentaires si nécessaire)

**D. Signature :**

X

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Adresse civique

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées ou dactylographiées

\_\_\_\_\_  
Ville, État, Code postal

\_\_\_\_\_  
Numéro d'enregistrement de l'avocat

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Numéro de fax  
(facultatif)

\_\_\_\_\_  
**Adresse e-mail** : (Le défaut de fournir une adresse e-mail  
peut entraîner un retard dans la réception de toute ordonnance  
procédurale ou finale)

\_\_\_\_\_  
Date

**E : Certificat d'envoi**

J'atteste par la présente que j'ai posté ou remis l'original de la réponse à la demande d'audience :

Bureau des tribunaux administratifs  
633 17<sup>th</sup> Street, Suite 1300  
Denver, CO 80202

Bureau des tribunaux administratifs  
1259 Lake Plaza Dr., Suite 210  
Colorado Springs, CO 80906

Bureau des tribunaux administratifs  
222 South 6<sup>th</sup> Street, Suite 414  
Grand Junction, CO 81501

Et des copies à toutes les parties aux adresses indiquées ci-dessous : (Un demandeur doit en fournir une copie à l'employeur et à l'assureur, ou à leur avocat.)

Demandeur/défendeur ou son représentant : \_\_\_\_\_

Employeur ou son représentant : \_\_\_\_\_

Autre :

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date d'envoi

**REV 07/11**