

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA FORMULARZA RB-89.2

INFORMACJA DLA WNIOSKODAWCY: *Wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację (formularz RB-89.2)*, dalej w treści dokumentu określany jako „wniosek”, należy złożyć w ciągu 30 dni kalendarzowych od powiadomienia sekretarza komisji o złożeniu uzasadnienia decyzji panelu Komisji. *Formularz RB-89.2* uznaje się za złożony do komisji w dniu faktycznego otrzymania takiego wniosku przez Komisję. Zgodnie z postanowieniami przepisu 12 NYCRR 300.13(b)(3) i decyzją Przewodniczącego, *formularz RB-89.2* można składać wyłącznie na centralny adres e-mail dla roszczeń (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov), lub za pośrednictwem łącza WCB Web Upload (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Nieposiadające przedstawiciela osoby składające wnioski w sprawie roszczeń mogą także wysłać *formularz RB-89.2* do Komisji na centralny adres korespondencyjny Komisji (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). *RB-89.2* formularze w sprawach odszkodowań pracowniczych z tytułu dyskryminacji należy składać do Komisji, wysyłając wniosek na adres: Board's Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Formularze *RB-89.2* w roszczeniach o świadczenia z tytułu niepełnosprawności (roszczenia o utracone wynagrodzenie z powodu urazów lub chorób, które nie są związane z pracą) należy składać do Komisji, wysyłając wniosek pocztą do Biura ds. Świadczeń z tytułu Niepełnosprawności na adres Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Kopia niniejszego wniosku musi zostać doręczona wszystkim zainteresowanym stronom zgodnie z przepisem 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). *Formularz RB-89.2*, o ile nie został złożony przez nieposiadającą przedstawiciela osoby zgłaszającej roszczenie, musi mieć format określony przez Przewodniczącego; wszystkie części wniosku muszą zostać wypełnione. Niedostarczenie wszystkich informacji wymaganych w świetle przepisu 12 NYCRR 300.13 i niniejszych wskazań może skutkować odrzuceniem wniosku..

WAŻNA INFORMACJA: *Wnioski o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację* nie będą przyjmowane, jeśli zostaną dostarczone do biura Komisji. Formularze *RB-89.2* przesłane pocztą lub złożone bezpośrednio w Biurze Radcy Generalnego (Office of General Counsel) zostaną uznane za niezłożone do Komisji i nie będą rozpatrywane.

INFORMACJA DLA WSZYSTKICH INNYCH STRON: *Wszelkie odpowiedzi na wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację (formularz RB-89.3)* muszą zostać doręczone Komisji w ciągu 30 dni kalendarzowych od daty doręczenia wniosku stronom, jak określono w części „Dowód doręczenia” formularza *RB-89.2* zgodnie z przepisem 12 NYCRR 300.13(c).

- 1. Nr(y) spraw(y) WCB:** Tutaj należy wpisać numer(y) sprawy(spraw) WCB, której(ych) dotyczy odwołanie. Numer(y) sprawy WCB obejmuje(ą) numer sprawy dotyczącej odszkodowania pracowniczego, dyskryminacji, świadczeń z tytułu niepełnosprawności, dyskryminacji dotyczącej płatnego urlopu rodzinnego, a także świadczeń dla strażaków ochotników i pracowników ochotniczych karetek pogotowia.
- 2. Numer(y) spraw(y) ubezpieczyciela.** Tutaj należy wpisać numer(y) sprawy(spraw) ubezpieczyciela, której(ych) dotyczy odwołanie. Niniejsza część/ punkt nie ma zastosowania do roszczeń z tytułu dyskryminacji.
- 3. Kod ubezpieczyciela.** Tutaj należy wpisać kod ubezpieczyciela dla roszczenia, którego dotyczy odwołanie. Niniejsza część/punkt nie ma zastosowania do roszczeń z tytułu dyskryminacji.
- 4. Nazwa ubezpieczyciela.** Tutaj należy wpisać nazwę ubezpieczyciela dla roszczenia, którego dotyczy odwołanie. Niniejsza część/punkt nie ma zastosowania do roszczeń z tytułu dyskryminacji.
- 5. Data zwolnienia/wystąpienia urazu.** Tutaj należy wpisać wpisać datę wystąpienia urazu lub datę rozpoczęcia płatnego urlopu rodzinnego (jeśli płatny urlop rodzinny nie został wykorzystany, należy wpisać datę zażalenia dotyczącego dyskryminacji).
- 6. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie.** Tutaj należy wprowadzić pełne imię i nazwisko pracownika.
- 7. Adres osoby zgłaszającej roszczenie.** Tutaj należy wpisać wpisać ulicę, miasto, stan i kod pocztowy pracownika oraz adres korespondencyjny, jeśli jest inny od adresu zamieszkania.
- 8. Strona wnosząca odwołanie.** Tutaj należy wskazać, która strona wnosi odwołanie/składa niniejszy *wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację*.
- 9. Wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację.** Tutaj należy wskazać, czy wniosek jest 1) obligatoryjny, czy 2) uznaniowy.
- 10. Data złożenia uzasadnienia decyzji panelu Komisji.** Tutaj należy wprowadzić datę decyzji, od której złożono odwołanie.
- 11. Oczekiwane rozwiązanie.** Tutaj należy wskazać rodzaj oczekiwanego rozwiązania sprawy.
- 12. Obecny status sprawy.** Tutaj należy wskazać status sprawy.
- 13. Kwestia(e) do weryfikacji.** Tutaj należy podać konkretne kwestie wymagające weryfikacji.
- 14. Podstawa odwołania.** Tutaj należy podać krótkie uzasadnienie będące podstawą odwołania, w tym konkretne ustalenia, które są kwestionowane i/lub zarzucane błędy prawne. Ogólne zarzuty, które nie przybliżają Komisji kwestii wymagających rozstrzygnięcia, są niewystarczające. Można dołączyć dodatkowe arkusze, maksymalnie do ośmiu (8) stron.

15. Terminy rozpraw i posiedzeń, transkrypcje, dokumenty, dowody i inne materiały. Tutaj należy odnieść się do danego dokumentu lub jego części, która jest istotna dla kwestii i uzasadnień przedstawionych w niniejszym wniosku. Należy wskazać datę(y) rozprawy (rozpraw), na której(ych) kwestia(e) została(y) podniesiona(e) przed sędzią zajmującym się odszkodowaniami pracowniczymi (Workers' Compensation Law judge – WCLJ), a także wszelkie inne istotne daty rozpraw i posiedzeń. Należy wskazać, podając datę i/lub numer(y) identyfikacyjny(e) dokumentu(ów), stenogramy, dokumenty, raporty, dowody i inne materiały znajdujące się w aktach Komisji, które są istotne dla przedstawianych kwestii i ich uzasadnień będących przedmiotem ponownego rozpatrzenia. Jeśli nie ma transkrypcji protokołu, należy to zaznaczyć. Proszę nie dołączać do niniejszego wniosku żadnych dokumentów, które znajdują się w aktach Komisji w momencie składania wniosku.

16. Odwołanie do Trzeciego Departamentu Wydziału Apelacyjnego Sądu Najwyższego. Tutaj należy wskazać, czy odwołanie od uzasadnienia decyzji zostanie/zostało wniesione do Trzeciego Departamentu Wydziału Apelacyjnego Sądu Najwyższego.

17. Oświadczenie. Osoba przygotowująca musi podpisać i opatrzyć datą formularz (podając również swoje imię i nazwisko, tytuł, numer telefonu i adres), oświadczając, że wniosek został złożony w dobrej wierze, w oparciu o prawo i fakty, że został złożony z uzasadnionych powodów, a także że został doręczony niezbędnym stronom zainteresowanym w części "Dowód doręczenia".

18. Dowód doręczenia. Wniosek musi zostać doręczony wszystkim zainteresowanym stronom zgodnie z przepisem 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Brak prawidłowego doręczenia odpowiedniej stronie uznaje się za nieskuteczne doręczenie – w takiej sytuacji wniosek może zostać odrzucony przez Komisję. Gdy *wniosek o weryfikację przez Komisję (formularz RB-89)* jest składany przez ubezpieczyciela, samoubezpieczonego pracodawcę lub innego płatnika lub potencjalnego płatnika, należy go doręczyć osobie zgłaszającej roszczenie i jej przedstawicielowi prawnemu oraz innym niezbędnym zainteresowanym stronom. Doręczenie uznaje się za terminowe, jeżeli zostało dokonane przez osobę wnoszącą odwołanie w ciągu trzydziestu (30) dni od złożenia decyzji przez Komisję. Należy wypełnić oświadczenie zawierające informację o metodzie i dacie złożenia wniosku do Komisji. Osoba wnosząca odwołanie może skorzystać tylko z jednej metody złożenia wniosku do Komisji. Jeśli osoba wnosząca odwołanie złoży podwójne wnioski, takie podwójne wnioski mogą zostać uznane za podniesienie lub kontynuację sprawy bez uzasadnionych podstaw i mogą spowodować konieczność oceny osoby wnoszącej odwołanie na podstawie przepisu WCL § 114-a(3). Wypełnione oświadczenie musi określać doręczone dokumenty, nazwy/imiona i nazwiska stron otrzymujących doręczenie, datę i sposób doręczenia dla każdej ze stron oraz potwierdzać, że doręczenie zostało dokonane w ciągu 30 dni od złożenia decyzji będącej przedmiotem wniosku. Niedopuszczalne jest uzupełnienie części oświadczenia, w której określone są osoby, które otrzymały doręczenie oraz metoda doręczenia, słowami „Patrz załącznik”. Jeżeli strona otrzymuje doręczenie za pośrednictwem poczty elektronicznej lub innych elektronicznych środków komunikacji, potwierdzenie musi zawierać zaświadczenie, że strona, która w ten sposób otrzymała doręczenie, udzieliła wyraźnej zgody na otrzymywanie doręczeń za pośrednictwem takich środków [zob. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. Wniosek nie musi być doręczony każdej ze stron w ten sam sposób. Oświadczenie musi być opatrzone datą i podpisane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.



WNIOSEK O PONOWNE ROZPATRZENIE/ PEŁNĄ KOMISYJNĄ WERYFIKACJĘ

1. Nr(y) spraw(y) WCB	2. Nr(y) spr. ubezpieczyciela	3. Kod ubezpieczyciela	4. Nazwa ubezpieczyciela	5. Data zw./urazu
6. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie		7. Adres osoby zgłaszającej roszczenie		
8. Niniejszy wniosek został złożony w imieniu:				
9. <i>Niniejszy wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację zgodnie z ust. 32 i 142(2) WCL jest:</i> <input type="checkbox"/> Obligatoryjny (nie było sprzeciwu, którego jedyną podstawą jest skierowanie do bezstronnego specjalisty) <input type="checkbox"/> Uznanioowy				
10. Data złożenia uzasadnienia decyzji panelu Komisji (dd/mm/rrrr):				
11. Oczekiwanym rozwiązaniem jest: <input type="checkbox"/> Administracyjna korekta uzasadnienia decyzji <input type="checkbox"/> Uchylenie uzasadnienia decyzji <input type="checkbox"/> Zmiana uzasadnienia decyzji <input type="checkbox"/> Unieważnienie uzasadnienia decyzji				
12. Status sprawy (zazn. jedną opcję): <input type="checkbox"/> Odrzucona <input type="checkbox"/> Orzeczona				
13. Kwestia(e) wymagająca(e) weryfikacji:				
14. Podstawa odwołania. Niniejszy wniosek o weryfikację opiera się na następujących podstawach (można dołączyć dodatkowe arkusze, maksymalnie do 8 stron):				
15. Terminy rozpraw i posiedzeń, transkrypcje, dokumenty, dowody i inne materiały. (prosimy zapoznać się ze szczegółowymi wskazówkami):				
16. Czy odwołanie od uzasadnienia decyzji zostanie/zostało wniesione do Trzeciego Departamentu Wydziału Apelacyjnego Sądu Najwyższego? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				

17. Oświadczenie: Podpisując poniżej niniejszy dokument, poświadczam, że niniejszy wniosek ma podstawę prawną i oparcie w faktach oraz został złożony w dobrej wierze i z uzasadnionych powodów, a także doręczony wszystkim niezbędnym zainteresowanym stronom przy użyciu wymaganej metody doręczenia, w tym faktycznego adresu, na który przekazano doręczenie, wymienionej w potwierdzeniu doręczenia poniżej. Mam świadomość tego, że ustawa o odszkodowaniach pracowniczych przewiduje wysokie kary za wszczęcie lub kontynuowanie postępowania bez uzasadnionych podstaw i/lub w celu jego opóźnienia. Mam świadomość tego, że jeśli niniejszy wniosek zostanie wycofany z jakiegokolwiek powodu lub jeśli którakolwiek z podniesionych kwestii zostanie rozwiązana przez strony, mam obowiązek niezwłocznie powiadomić pisemnie o tym fakcie Komisję i zainteresowane strony.

Podpis osoby przygotowującej: _____ za pomocą (wybrać jedną metodę): _____
Imię i nazwisko druk. lit: _____ Tytuł: _____ Nr telefonu: _____
Adres _____

DOWÓD DORĘCZENIA

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że spełniłem(am) wymogi dotyczące złożenia i doręczenia określone przez przepisy 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) i (3) w odniesieniu do niniejszego wniosku o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację w sposób określony poniżej i mam świadomość tego, że niniejszy dokument może zostać użyty w ramach powództwa lub postępowania sądowego.

A. Przesłałem(am) wniosek o komisijną weryfikację w dniu (data - dd/mm/rrrr) _____ za pomocą (wybrać jedną metodę):

- Przesyłki pocztowej na adres PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (tylko dla nieposiadających reprezentacji osób zgłaszających roszczenie)
- Wiadomości e-mail na adres wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- Łączy WCB Web Upload (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Roszczenie z tytułu dyskryminacji pracowników:** Przesyłki pocztowej na adres Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- Przesyłki pocztowej na adres:** Przesyłki pocztowej na adres: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Dostarczyłem(am) wniosek o komisijną weryfikację w dniu (data - dd/mm/rrrr) _____ stronom (w razie potrzeby załączyć dodatkowe arkusze):

Imię, nazw.:	_____	metodą:	_____	na adres	_____
Imię, nazw.:	_____	metodą:	_____	na adres	_____
Imię, nazw.:	_____	metodą:	_____	na adres	_____
Imię, nazw.:	_____	metodą:	_____	na adres	_____
Imię, nazw.:	_____	metodą:	_____	na adres	_____
Imię, nazw.:	_____	metodą:	_____	na adres	_____
Imię, nazw.:	_____	metodą:	_____	na adres	_____
Imię, nazw.:	_____	metodą:	_____	na adres	_____

Oświadczam, że każda ze stron, której doręczono niniejszy wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację za pośrednictwem poczty elektronicznej lub innych elektronicznych środków komunikacji, udzieliła wyraźnej zgody na przesłanie go w ten sposób.

Oświadczam, że doręczenie niniejszej odpowiedzi na wniosek o komisijną weryfikację, jak określono powyżej, nastąpiło w ciągu trzydziestu dni od doręczenia decyzji będącej przedmiotem niniejszego wniosku.

Data (dd/mm/rrrr): _____ Podpis: _____

Imię i nazwisko, drukowanymi literami: _____