

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ RB-89.2

**ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:** *Заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете (Application for Reconsideration/Full Board Review) (Форма RB-89.2)*, далее «заявление», должно быть подано в течение 30 календарных дней после уведомления о регистрации секретарем Совета меморандума о решении коллегии Совета. Датой подачи *Формы RB-89.2* в Совет считается дата фактического подачи несогласия Советом. Поскольку в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(3) и назначением Председателя, *Форму RB-89.2* можно подать только по центральному адресу электронной почты для заявок ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), или с использованием ссылки для отправки документов в WCB через Интернет (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Незарегистрированные заявители могут также направить *Форму RB-89.2* в Совет на центральный почтовый адрес Совета (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Для подачи в Совет форм *RB-89.2* с жалобой на дискриминацию в связи с компенсациями работникам необходимо отправить форму заявления по почте на адрес Подразделения по дискриминации Совета: Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Для подачи в Совет форм *RB-89.2* с заявкой на получение пособия по нетрудоспособности (заявки на компенсацию за неполученную заработную плату в связи с травмами или заболеваниями, не связанными с работой) необходимо отправить заявление в Бюро пособий по нетрудоспособности почтой по адресу: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) копия этого заявления должна быть вручена всем обязательным заинтересованным сторонам. Кроме случаев, когда *Форма RB-89.2* подается заявителем, не имеющим законного представителя, она должна быть подана в формате, определенном Председателем, все разделы заявления должны быть заполнены. Непредоставление всей обязательной информации, как это предусмотрено в 12 NYCRR 300.13 и в настоящих инструкциях, может привести к тому, что заявление будет отклонено.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** *Заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете*, доставленные вручну в офис Совета, не принимаются. *Формы RB-89.2*, отправленные почтой или принесенные непосредственно в офис начальника юридической службы (Office of General Counsel), считаются не поданными в Совет и не рассматриваются.

**ДЛЯ ВСЕХ ДРУГИХ СТОРОН:** *Несогласие с Заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете (Форма RB-89.3)* должно быть вручено Совету в течение 30 календарных дней после даты вручения заявления сторонам, как это указано в разделе «Подтверждение вручения» в форме *RB-89.2* в соответствии с 12 NYCRR 300.13(c).

- 1. Номер(а) дел(а) WCB.** Укажите номер дела (номера дел) WCB, по которому (которым) подается апелляция. Номер(а) дел WCB включают номера дел для заявок на компенсацию работникам, жалоб на дискриминацию, заявок на пособия по нетрудоспособности, жалоб на дискриминацию в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам, заявок на пособия добровольным пожарным или добровольным работникам скорой помощи.
- 2. Номер(а) дел(а) страховщика.** Укажите номер дела (номера дел) страховщика, по которому (которым) подается апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 3. Код страховщика.** Укажите код страховщика для страховой компании, работающей с заявкой, по которой подана апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 4. Наименование страховщика.** Укажите наименование страховой компании, работающей с заявкой, по которой подана апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 5. Дата получения травмы/отпуска.** Укажите дату, когда была получена травма или когда начался оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (если оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам не был получен, укажите дату жалобы на дискриминацию).
- 6. ФИО заявителя.** Укажите полные имя и фамилию работника.
- 7. Адрес заявителя.** Укажите улицу и номер дома, город, штат и почтовый индекс работника, и почтовый адрес, если он отличается.
- 8. Сторона, подающая апелляцию.** Укажите, какая сторона подает апелляцию/подает данное *Заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете*.
- 9. Заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете.** Укажите, является ли заявление 1) обязательным или 2) дискреционным.
- 10. Дата регистрации меморандума о решении коллегии Совета.** Укажите дату решения, по которому подается апелляция.
- 11. Искомый результат.** Укажите желаемый результат.
- 12. Текущий статус дела.** Укажите статус дела.
- 13. Укажите вопросы, подлежащие разрешению.** Укажите вопросы, которые подлежат рассмотрению.
- 14. Основание апелляции.** Кратко опишите конкретные основания, на которых базируется апелляция, в том числе оспариваемые конкретные решения по вопросам факта и/или предполагаемые правовые ошибки. Общих утверждений, которые не акцентируют внимание Совета на рассматриваемых вопросах, недостаточно. Можно приложить дополнительные листы, общий объем не должен превышать 8 страниц.

15. **Даты слушаний, протоколы, документы, приложения и другие доказательства.** Укажите запись или часть записи, которая относится к вопросам и основаниям, указанным в заявлении. Укажите дату слушания (даты слушаний), на котором (которых) данный вопрос был поставлен перед судьей по делам о компенсациях работникам (WCLJ), а также другие релевантные даты слушаний. Указав даты и/или номера документов, перечислите протоколы, документы, отчеты, приложения и другие доказательства, имеющиеся в деле Совета, относящиеся к вопросам и основаниям, предлагаемым для рассмотрения. Если протокола нет, укажите это. Не прикрепляйте и не прилагайте к данному заявлению никакие документы, которые уже имеются в деле в Совете на момент подачи заявления.

16. **Апелляция в третий департамент отдела апелляций Верховного суда.** Укажите, была ли подана или будет ли подана апелляция на меморандум о решении в третий департамент отдела апелляций Верховного суда.

17. **Заверение.** Лицо, заполняющее форму, должно поставить подпись и дату (и также указать свои имя и фамилию, должность, номер телефона и адрес) и подтвердить, что заявление составлено добросовестно в отношении права и фактов, имеет под собой разумные основания и было вручено всем обязательным заинтересованным сторонам, указанным в разделе «Подтверждение вручения».

18. **Подтверждение вручения.** В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) заявление должно быть вручено всем обязательным заинтересованным сторонам. Случай отсутствия надлежащего вручения обязательной стороне считается ненадлежащим вручением, и заявление может быть отклонено Советом. Если *заявление о рассмотрении в Совете (Форма RB-89)* подается страховщиком, самозастрахованным работодателем или другим плательщиком или потенциальным плательщиком, оно должно быть вручено заявителю и законному представителю заявителя, а также другим обязательным заинтересованным сторонам. Вручение считается своевременным, если оно выполнено апеллянтom в течение тридцати (30) дней после регистрации решения Советом. Необходимо заполнить подтверждение, в котором должны быть указаны способ и дата подачи заявления в Совет. Заявитель должен использовать только один способ подачи заявления в Совет. Если апеллянт подал дублированные заявления, такая дублированная подача может быть квалифицирована как возбуждение или продолжение вопроса без достаточных оснований, вследствие чего с апеллянта может быть взыскан сбор в соответствии с WCL § 114-a(3). В заполненном подтверждении должно быть указано, какие документы вручены, имена заинтересованных сторон, которым они вручены, дата и способ вручения для каждой заинтересованной стороны и подтверждение того, что вручение выполнено в течение 30 дней после даты регистрации решения, которое является предметом заявления. Не допускается указывать «См. в приложении» в полях подтверждения, в которых указываются способ вручения документов и стороны, которым вручены документы. Если вручение документов определенной стороне произведено по электронной почте или с помощью другого электронного средства, в подтверждение должно быть включено заверение того, что сторона, которой документы были вручены таким образом, дала явное разрешение на получение документов таким способом [см. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. Форму заявления не обязательно вручать каждой стороне одним и тем же способом. Подтверждение должно быть датировано и подписано под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений.



## ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕСМОТРЕ/ПОЛНОМ РАССМОТРЕНИИ В СОВЕТЕ

1. Номер(а) дел(а) WCB	2. Номер(а) дел(а) страховщика	3. Код страховщика	4. Наименование страховщика	5. Дата травмы/отпуска
6. Имя и фамилия заявителя			7. Адрес заявителя	
8. Данная форма заявления подается от имени:				
9. Данное заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете согласно разделам 32 и 142(2) Закона о компенсациях работникам (WCL) является: <input type="checkbox"/> Обязательным (имеется расхождение во мнениях, которое не устраняется путем направления к независимому специалисту) <input type="checkbox"/> Дискреционным				
10. Дата регистрации меморандума о решении коллегии Совета (мм/дд/гггг):				
11. Искомый результат: <input type="checkbox"/> Административное исправление меморандума о решении <input type="checkbox"/> Изменение меморандума о решении <input type="checkbox"/> Отмена меморандума о решении <input type="checkbox"/> Расторжение Меморандума о решении				
12. В настоящее время дело (отметьте один вариант): <input type="checkbox"/> Отклонено <input type="checkbox"/> Открыто				
13. Укажите вопросы, которые подлежат рассмотрению:				
14. Основание апелляции. Данное заявление о рассмотрении базируется на следующих основаниях (можно приложить дополнительные листы, общий объем не должен превышать 8 страниц):				
15. Даты слушаний, протоколы, документы, приложения и другие доказательства (подробнее см. в инструкциях):				
16. Была ли подана или будет ли подана апелляция на меморандум о решении в третий департамент отдела апелляций (Appellate Division) Верховного суда? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				

**17. Заверение:** Подписывая данный документ в соответствующем поле ниже, я подтверждаю, что данное несогласие составлено добросовестно в отношении права и фактов, имеет под собой разумные основания и было вручено всем обязательным заинтересованным сторонам с использованием способа связи, включая фактический адрес, указанный в подтверждении о вручении ниже. Я понимаю, что Совет по компенсациям работникам налагает существенные штрафы за инициирование или продолжение рассмотрения без разумных оснований и/или в случае задержки. Я понимаю, что если это заявление будет отозвано по какой-либо причине или если какие-либо из поднятых вопросов будут решены сторонами, я должен(-на) буду немедленно уведомить об этом Совет и необходимые заинтересованные стороны в письменной форме.

Подпись заполняющего лица: \_\_\_\_\_ Дата заполнения (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_

ФИО (печатными буквами): \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРУЧЕНИЯ

### ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Я настоящим подтверждаю под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, что мной выполнены требования к подаче и вручению документов, изложенные в 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) и (3), как это требуется согласно 12 NYCRR 300.13(c), для *заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете* способом, указанным ниже, и я понимаю, что этот документ может быть подан в ходе судебного разбирательства.

А. Я подал(а) *заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете* (дата - мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_ (выберите один способ):

- Отправка почтой на почтовый ящик Box 5205, Binghamton, NY 13902 (только для заявителей без представителей)
- Отправка электронной почтой на адрес [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)
- Ссылка для отправки документов в WCB через Интернет (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Жалоба на дискриминацию в Совет по компенсациям работникам:** Отправка почтой по адресу: Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- Пособия по нетрудоспособности:** Отправка почтой по адресу: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

В. Я вручил(а) *заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете* (дата - мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_ следующим сторонам (при необходимости приложите дополнительные листы):

ФИО: \_\_\_\_\_ способом (укажите): \_\_\_\_\_ на (адрес): \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ способом (укажите): \_\_\_\_\_ на (адрес): \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ способом (укажите): \_\_\_\_\_ на (адрес): \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ способом (укажите): \_\_\_\_\_ на (адрес): \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ способом (укажите): \_\_\_\_\_ на (адрес): \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ способом (укажите): \_\_\_\_\_ на (адрес): \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ способом (укажите): \_\_\_\_\_ на (адрес): \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_ способом (укажите): \_\_\_\_\_ на (адрес): \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что все стороны, которым документы вручены по электронной почте или иными электронными средствами, предоставили явное разрешение на вручение документов таким образом.

Я подтверждаю, что вручение данного заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, как указано выше, было выполнено в течение тридцати дней после подачи решения, которое является предметом данного заявления.

Дата (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами \_\_\_\_\_