

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ RB-89.3

ДЛЯ ОТВЕТЧИКА: *Несогласие с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете (Rebuttal of Application for Reconsideration/Full Board Review)* (Форма RB-89.3), далее «несогласие», должно быть подано в течение 30 календарных дней после вручения ответчику Заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете (Форма RB-89.2), далее «заявление». Датой подачи *Формы RB-89.3* в Совет считается дата фактического получения несогласия Советом. Поскольку в соответствии с 12 NYCRR 300.13(c) несогласие во всех случаях должно соответствовать требованиям, изложенным в 12 NYCRR 300.13(b), *Форму RB-89.3* можно подать только по центральному адресу электронной почты для заявок (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-89.3* в Совет на центральный почтовый адрес Совета (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Для подачи в Совет форм *RB-89.3* с жалобой на дискриминацию в связи с компенсациями работникам необходимо отправить форму несогласия по почте на адрес Подразделения по дискриминации Совета: Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Для подачи в Совет форм *RB-89.3* 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 несогласие 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)(1)(iv) копия этого несогласия должна быть вручена всем обязательным заинтересованным сторонам. Кроме случаев, когда *Форма RB-89.3* подается заявителем, не имеющим законного представителя, она должна быть подана в формате, определенном Председателем, все разделы несогласия должны быть заполнены, а приложенное юридическое обоснование должно соответствовать 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Непредоставление всей информации, запрашиваемой в форме, может привести к отклонению несогласия. 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: *Несогласие с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете*, доставленное вручну в офис Совета, не принимается. *Формы RB-89.3*, отправленные почтой или принесенные непосредственно в офис начальника юридической службы (Office of General Counsel), считаются не поданными в Совет и не рассматриваются.

- 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 данное несогласие.** Укажите сторону, которая подает данное несогласие.
- 9. Тип заявления, в ответ на которое подается несогласие.** Укажите, что несогласие подается в ответ на заявление об 1) обязательном полном рассмотрении Советом или 2) дискреционном полном рассмотрении Советом.
- 10. Дата регистрации меморандума о решении коллегии Совета.** Укажите дату решения, по которому подается апелляция.
- 11. Дата вручения.** Укажите дату, когда *заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете* было вручено ответчику.
- 12. Запрашиваемый результат.** Укажите, какое действие предлагается в форме несогласия: 1) *заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете* должно быть отклонено в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(4), 2) меморандум о решении должен быть административно исправлен и как он должен быть исправлен, 3) меморандум о решении должен быть подтвержден в полном объеме или 4) меморандум о решении должен быть изменен и как он должен быть изменен.
- 13. Ответ на вопросы и основания.** Предоставьте краткий ответ на вопросы и основания, указанные в заявлении, указав предполагаемые неправильные утверждения в отношении фактов или права. Как указано в 12 NYCRR 300.13(b) (1)(i) и (c), ответчик может приложить юридическое обоснование объемом не более восьми (8) страниц, напечатанное шрифтом 12 пунктов с полями в один дюйм на бумаге размером 8,5 x 11 дюймов (215,9 x 279,4 мм). Обоснование объемом более восьми (8) страниц не рассматривается, если только ответчик не укажет в письменной форме, почему юридическое обоснование апелляции не удалось изложить на восьми (8) страницах. Обоснование объемом более пятнадцати (15) страниц не рассматривается ни при каких условиях.

14. Запись. Если запись, приведенная в заявлении, составляет полную запись для рассмотрения, оставьте этот раздел пустым. Если запись, приведенная в заявлении, не составляет полную запись для рассмотрения, укажите даты и/или идентификационные номера имеющихся в деле Совета дополнительных слушаний, документов, приложений, других доказательств и протоколов, относящихся к поднятым в заявлении вопросам и основаниям, которые не были приведены в заявлении. Не прикрепляйте и не прилагайте к *несогласию с заявлением пересмотре/полном рассмотрении в Совете* никакие документы, которые уже имеются в деле в Совете на момент подачи заявления или данного несогласия. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) и (c) Совет имеет право отклонить несогласие, поданное ответчиком или законным представителем ответчика, если к нему приложены документы, уже имеющиеся в деле в Совете на момент подачи данного несогласия.

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

16. Подтверждение вручения. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) и (c) несогласие должно быть вручено всем обязательным заинтересованным сторонам. Случай отсутствия надлежащего вручения обязательной стороне считается ненадлежащим вручением, и несогласие не может быть рассмотрено Советом. Если *несогласию с заявлением пересмотре/полном рассмотрении в Совете* 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 ответчиком в течение тридцати (30) дней после вручения *несогласия с заявлением пересмотре/полном рассмотрении в Совете*. Необходимо заполнить подтверждение, в котором должны быть указаны способ и дата подачи несогласия в Совет. Ответчик должен использовать только один способ подачи несогласия в Совет. Если ответчик подал дублированные формы несогласия, такая дублированная подача может быть квалифицирована как возбуждение или продолжение вопроса без достаточных оснований, вследствие чего с ответчика 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 сделано в течение 30 дней после вручения *несогласия с заявлением пересмотре/полном рассмотрении в Совете*. 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) и (c)]. Форму несогласия не обязательно вручать каждой стороне одним и тем же способом. Подтверждение должно быть датировано и подписано под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений.



**НЕСОГЛАСИЕ С ЗАЯВЛЕНИЕМ
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 несогласия подается от имени:				
9. Данное несогласие подается в ответ на заявление о (отметьте только один вариант):				
<input type="checkbox"/> Обязательном полном рассмотрении Советом <input type="checkbox"/> Дискреционном полном рассмотрении Советом				
10. Заявление вручено ответчику (мм/дд/гггг):				
11. Дата подачи меморандума о решении (мм/дд/гггг):				
12. В данном несогласии утверждается, что:				
<input type="checkbox"/> Заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете должно быть отклонено. <input type="checkbox"/> Меморандум о решении должен быть административно исправлен и гласить: _____ <input type="checkbox"/> Меморандум о решении должен быть подтвержден в полном объеме. <input type="checkbox"/> Меморандум о решении должен быть изменен следующим образом: _____				
13. Ответ на вопросы и основания (подробнее см. в инструкциях):				
14. Если вы не основываетесь на записи, укажите соответствующие дополнительные доказательства (подробнее см. в инструкциях):				

15. 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 *Несогласия с заявлением 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) *Несогласие с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете* (дата - мм/дд/гггг) _____ следующим способом (выберите один):

- Отправка почтой на почтовый ящик Box 5205, Binghamton, NY 13902 (только для заявителей без представителей)
- Отправка электронной почтой на адрес 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) *несогласие с заявлением о 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 *Несогласия с заявлением 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: _____