

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ RB-89.1

ДЛЯ ОТВЕТЧИКА. Несогласие с заявлением о рассмотрении в Совете (Rebuttal of Application for Board Review) должно быть подано в течение 30 календарных дней после вручения ответчику заявления о рассмотрении в Совете. Датой подачи несогласия 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), несогласие можно подать только по центральному почтовому адресу Совета (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), центральному номеру факса для заявок (1-877-533-0337), 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/>). Для подачи в Совет несогласия с жалобой на дискриминацию в связи с компенсациями работникам необходимо отправить несогласие почтой на адрес: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Для подачи в Совет несогласия 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 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 несогласие подается заявителем, не имеющим законного представителя, несогласия должны быть поданы в формате, определенном Председателем, все разделы несогласия должны быть заполнены, а приложенное юридическое обоснование (если имеется) должно соответствовать 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Непредоставление всей обязательной информации, как это предусмотрено в 12 NYCRR 300.13 и в настоящих инструкциях, может привести к тому, что несогласие не будет рассмотрено.

ПРИМЕЧАНИЕ. Несогласие с заявлением о рассмотрении в Совете, доставленное вручную в офис Совета, не принимается. Несогласие, отправленное почтой или принесенное напрямую в Отдел административного рассмотрения (Administrative Review Division), считается не поданными в Совет и не рассматривается.

- 1. Номер(а) дел(а) WCB.** Укажите номер дела (номера дел) WCB, по которому (которым) подается апелляция. Номера дел WCB включают номера дел для заявок на компенсацию работникам, пособия по нетрудоспособности, пособия добровольным пожарным или добровольным работникам скорой помощи, жалоб на дискриминацию и жалоб на дискриминацию в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам.
- 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 первоначальную 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. Имя и фамилия заявителя.** Укажите полные имя и фамилию работника.
- 7. Адрес заявителя.** Укажите улицу и номер дома, город, штат и почтовый индекс работника.
- 8. Сторона, подающая данное несогласие.** Укажите сторону, которая подает данное несогласие.
- 9. Тип заявления, в ответ на которое подается несогласие.** Укажите, подается ли несогласие в ответ на 1) запрос пересмотра решения судьи по делам о компенсациях работникам (WCLJ) или 2) запрос повторного слушания или повторного открытия дела.
- 10. Дата решения.** Укажите дату решения, по которому подается апелляция.
- 11. Дата вручения.** Укажите дату, когда заявление было вручено ответчику.
- 12. Запрашиваемый результат.** Укажите, какое действие предлагается в форме несогласия: 1) заявление должно быть отклонено в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(4), 2) решение судьи по делам о компенсациях работникам (WCLJ) должно быть административно скорректировано как оно должно быть скорректировано, 3) решение судьи по делам о компенсациях работникам (WCLJ) должно быть подтверждено в полном объеме или 4) решение судьи по делам о компенсации работникам (WCLJ) должно быть изменено и как оно должно быть изменено.
- 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). Юридическое 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. Юридическое 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 WCB 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 о 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. Не прилагайте и не отправляйте расшифровки или аудиозаписи слушаний, так как Совет их не рассматривает.

15. **Новое и дополнительное доказательство.** Если ответчик хочет отправить с формой несогласия с заявлением о рассмотрении в Совете новое или дополнительное доказательство, которое не было представлено судье по делам о компенсациях работникам (WCLJ), ответчик должен: 1) указать в форме несогласия, прилагается ли такое доказательство к форме несогласия или оно имеется в деле в Совете и указать номер соответствующего документа, и 2) отправить affidavit или подтверждение под присягой с описанием этого доказательства и объяснением, почему такое доказательство не было представлено судье по делам о компенсациях работникам (WCLJ). Совет может принять или не принять такое доказательство по своему усмотрению. Если affidavit или подтверждение под присягой не отправлено вместе с несогласием, такое новое или дополнительное доказательство не рассматривается коллегией Совета [см. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(v) и 300.17].

16. **Возражение или исключение.** Если запрашивается изменение решения судьи по делам о компенсациях работникам (WCLJ), укажите возражение или исключение, которое было представлено в связи с решением, и дату представления возражения или исключения, как это предусмотрено в 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii) и (c). Если возражение или исключение было представлено на слушании, необходимо указать дату слушания, на котором возражение или исключение было представлено. Если возражение или исключение было представлено на внеочередном заседании, необходимо указать дату этого внеочередного заседания.

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 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».

18. **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 несогласие с заявлением о 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 заявления о рассмотрении Советом. Необходимо заполнить подтверждение или affidavit, 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 или affidavit 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 вручения заявления о рассмотрении в Совете. Не допускается указывать «См. в приложении» в полях подтверждения или affidavit, в которых указываются способ вручения документов и стороны, которым вручены документы. Если вручение документов определенной стороне произведено по факсу, электронной почте или с помощью другого электронного средства, в подтверждение или affidavit должно быть включено подтверждение 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. Подтверждение может заполнить только адвокат. Affidavit должен быть оформлен под присягой (подписан) в присутствии публичного нотариуса.



НЕСОГЛАСИЕ С ЗАЯВЛЕНИЕМ О РАССМОТРЕНИИ В СОВЕТЕ

| | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---|
| 1. Номер(а) дел(а) WCB | 2. Номер(а) дел(а) страховщика | 3. Код страховщика | 4. Наименование страховщика | 5. Дата получения 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"/> Пересмотре решения WCLJ <input type="checkbox"/> Проведении повторного слушания или повторном открытии | | | | |
| 10. Дата регистрации решения (мм/дд/гггг): | | | | |
| 11. Заявление вручено ответчику (мм/дд/гггг): | | | | |
| 12. В данном несогласии утверждается, что: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Заявление должно быть отклонено в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(4). <input type="checkbox"/> Решение должно быть административно исправлено и гласить: _____ <input type="checkbox"/> Решение должно быть подтверждено в полном объеме. <input type="checkbox"/> Решение должно быть изменено следующим образом: _____ | | | | |
| 13. Ответ на вопросы и основания. Данное несогласие содержит следующие ответы на все поднятые вопросы (если прилагается юридическое обоснование, его объем не должен превышать 8 страниц, см. инструкции): | | | | |
| | | | | |
| 14. Запись. Если вы не основываетесь на записи, укажите релевантные дополнительные доказательства (подробнее см. в инструкциях): | | | | |
| | | | | |
| 15. Новое и дополнительное доказательство согласно 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) (подробнее см. в инструкциях): | | | | |
| | | | | |
| 16. Возражение или исключение. Если в несогласии утверждается, что решение должно быть изменено, укажите возражение или исключение, которое было представлено в связи с решением, и дату его представления, как это предусмотрено в 12 NYCRR 300.13(b)(2) (iii) и (c). | | | | |
| | | | | |



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, адрес электронной почты или номер факса для вручения), указанный в подтверждении или аффидевите о вручении ниже. Я понимаю, что Совет по компенсациям работникам налагает существенные штрафы за инициирование или продолжение рассмотрения без разумных оснований.

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

Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Должность: _____ Номер телефона: _____

Адрес: _____

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРУЧЕНИЯ

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК, ОКРУГ _____, а именно: Я, _____, являюсь адвокатом, надлежащим образом допущенным к занятиям адвокатской практикой в судах штата Нью-Йорк. 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 рассмотрении в Совете способом, указанным ниже.

А. Я подал(а) несогласие с заявлением о рассмотрении в Совете в Совет (дата в формате мм/дд/гггг) _____ следующим способом (выберите один способ):

- Отправка почтой на почтовый ящик Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Отправка факсом на номер 1-877-533-0337
- 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, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- 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 в формате мм/дд/гггг) _____ следующим сторонам (при необходимости приложите дополнительные листы):

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

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

Я подтверждаю, что вручение данного несогласия с заявлением о рассмотрении в Совете, как указано выше, было выполнено в течение тридцати дней после вручения заявления о рассмотрении в Совете.

Дата (мм/дд/гггг): _____ Подпись: _____

АФФИДЕВИТ

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК, ОКРУГ _____, а именно: Я, _____, принеся надлежащую присягу, свидетельствую и заявляю: Я не являюсь заинтересованной стороной заявки (заявок), указанной (указанных) в несогласии с заявлением о рассмотрении в Совете, и мой возраст старше 18 лет. Я настоящим подтверждаю, 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 данного несогласия с заявлением о рассмотрении в Совете способом, указанным ниже.

А. Я подал(а) несогласие с заявлением о рассмотрении в Совете в Совет (дата в формате мм/дд/гггг) _____ следующим способом (выберите один способ):

- Отправка почтой на почтовый ящик Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Отправка факсом на номер 1-877-533-0337
- 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, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- 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 в формате мм/дд/гггг) _____ следующим сторонам (при необходимости приложите дополнительные листы):

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

Имя и фамилия: _____ следующим способом (укажите способ): _____ по адресу (укажите адрес): _____

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

Я подтверждаю, что вручение данного несогласия с заявлением о рассмотрении в Совете, как указано выше, было выполнено в течение тридцати дней после вручения заявления о рассмотрении в Совете.

Подписано под присягой в моем присутствии _____ числа _____ Подпись: _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Публичный нотариус