

CONSIGNES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE RB-89.3

AUX INTIMÉS : Une Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission doit être déposée dans les 30 jours calendrier suivant la signification de la Demande de réexamen/révision complète de la Commission à l'intimé(e). Une réfutation est réputée déposée auprès de la Commission à la date de réception effective de cette demande par la Commission. Conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(c), qui exige que toutes les réfutations soient conformes aux exigences de la règle 12 NYCRR 300.13(b), une réfutation ne peut être déposée qu'à l'adresse postale centralisée de la Commission (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), au numéro de fax centralisé pour les demandes (1-877-533-0337), à l'adresse électronique centralisée pour les demandes (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov), ou via le lien de téléchargement du site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Les réfutations relatives à des réclamations pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail doivent être déposées auprès de la Commission par courrier au service de la discrimination de la Commission, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Les réfutations relatives à des réclamations pour prestations d'invalidité (demandes de perte de salaire en raison de blessures ou de maladies non liées au travail) doivent être déposées auprès de la Commission par courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Une copie de cette réfutation doit être signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv). Les réfutations, à moins qu'elles ne soient soumises par un(e) demandeur(euse) non représenté(e), doivent être présentées dans le format prescrit par la présidence, toutes les sections de la réfutation doivent être remplies et tout document juridique joint doit être conforme à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Le fait de ne pas fournir toutes les informations demandées dans le formulaire peut entraîner le rejet de la réfutation.

REMARQUE : Les réfutations de demandes de réexamen/révision complète de la Commission ne seront pas acceptées si elles sont remises en main propre à un bureau de la Commission. Les réfutations envoyées par courrier ou soumises directement au Bureau de l'avocat général seront considérées comme n'ayant pas été déposées auprès de la Commission et ne seront pas prises en compte.

- 1. Numéro(s) de dossier de la WCB.** Saisissez le(s) numéro(s) de dossier de la WCB pour la (les) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Les numéros de dossier de la WCB comprennent le numéro de dossier pour l'indemnisation des accidents du travail, la discrimination, les prestations d'invalidité, la discrimination en lien avec un congé familial payé et les prestations de pompier volontaire et d'ambulancier volontaire.
- 2. Numéro(s) de dossier de l'assureur.** Entrez le(s) numéro(s) de dossier de l'assureur pour la (des) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 3. Code de l'assureur.** Entrez le code de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 4. Nom de l'assureur.** Entrez le nom de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 5. Date de l'accident/du congé.** Indiquez la date à laquelle l'accident est survenu ou la date du début du congé familial payé (si le congé familial payé n'a pas été pris, indiquez la date de la plainte pour discrimination).
- 6. Nom du (de la) demandeur(euse).** Entrez le nom complet de l'employé(e).
- 7. Adresse du (de la) demandeur(euse).** Indiquez l'adresse, la ville, l'État et le code postal de l'employé(e), ainsi que son adresse postale si elle est différente.
- 8. Réfutation faite au nom de.** Indiquez la partie qui dépose cette réfutation.
- 9. Type de demande à laquelle la réfutation répond.** Indiquez si la réfutation répond à une demande de 1) révision complète obligatoire de la Commission, ou 2) révision complète discrétionnaire de la Commission.
- 10. Date de dépôt du mémorandum de la décision du conseil de la Commission.** Indiquez la date de la décision qui fait l'objet de l'appel.
- 11. Date de signification.** Indiquez la date à laquelle la Demande de réexamen/révision complète de la Commission a été signifiée à l'intimé(e).
- 12. Résultat demandé.** Indiquez si la réfutation soutient que 1) la Demande de réexamen/révision complète par la Commission doit être rejetée en vertu de la règle 12 NYCRR 300.13(b)(4), 2) le mémorandum de décision doit être corrigé sur le plan administratif et comment il doit être corrigé, 3) le mémorandum de décision doit être confirmé dans son intégralité ou 4) le mémorandum de décision doit être modifié et comment il doit être modifié.

13. Réponse aux questions et aux motifs. Fournissez une brève déclaration en réponse aux questions et aux motifs soulevés dans la demande, en identifiant toutes les fausses déclarations de fait ou de droit alléguées. Comme le prescrit la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) et (c), l'intimé(e) peut joindre un document juridique de huit (8) pages au maximum, en utilisant une police de 12 points, avec des marges d'un pouce, sur du papier de 8,5 pouces sur 11 pouces. Un mémoire de plus de huit (8) pages ne sera pas pris en considération, à moins que l'intimé(e) ne précise par écrit pourquoi le fondement de l'appel n'aurait pas pu être présenté en huit (8) pages. Un mémoire de plus de quinze (15) pages ne sera en aucun cas pris en considération.

14. Dossier. Si le dossier cité dans la demande constitue le dossier complet à réviser, laissez cette section vide. Si le dossier cité dans la demande ne constitue pas le dossier complet à réviser, identifiez par date et/ou numéro(s) d'identification du document, les audiences, documents, pièces à conviction, autres éléments de preuves et transcriptions supplémentaires dans le dossier de la WCB qui sont pertinents par rapport aux questions et motifs soulevés dans la demande et qui n'ont pas été cités dans la demande. N'incluez pas et ne joignez pas à la Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission tous les documents qui se trouvent dans le dossier de la Commission au moment où la demande a été déposée ou que la réfutation est déposée. La Commission peut rejeter la réfutation d'un(e) intimé(e) ou de son représentant légal qui joint des documents déjà présents dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande ou de la présente réfutation, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) et (c).

15. Certification. Le préparateur doit signer et dater le formulaire (en indiquant également son nom, son titre, son numéro de téléphone et son adresse) certifiant que la réfutation est fondée de bonne foi en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée aux parties intéressées nécessaires dans la section Preuve de signification.

16. Preuve de signification. La réfutation doit être signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Le fait de ne pas signifier correctement une partie intéressée nécessaire est considéré comme une signification défectueuse et peut entraîner le rejet de la réfutation par la Commission. Lorsque la Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission est déposée par l'assureur, l'employeur auto-assuré ou un autre payeur ou payeur potentiel, la signification doit être faite au (à la) demandeur(euse), à son représentant légal et aux autres parties nécessaires. La signification est considérée comme opportune si elle est effectuée par l'intimé(e) dans les trente (30) jours suivant la signification de la Demande de réexamen/révision complète de la Commission. L'affirmation ou l'affidavit doit être rempli et doit inclure la méthode par laquelle la réfutation a été déposée auprès de la Commission et la date de dépôt. L'intimé(e) ne doit utiliser qu'une seule méthode pour déposer sa réfutation auprès de la Commission. Si l'intimé(e) dépose une réfutation en double, le doublon peut être considéré comme soulevant ou poursuivant une question sans motif raisonnable, et peut soumettre l'intimé(e) à des évaluations en vertu de l'article 114-a(3) de la loi sur les accidents du travail. L'affirmation ou l'affidavit rempli doit préciser les documents signifiés, les noms des parties intéressées, la date et le mode de signification pour chaque partie intéressée, et indiquer que la signification a été effectuée dans les 30 jours suivant la signification de la Demande de réexamen/révision complète de la Commission. Il n'est pas acceptable de compléter la partie de l'affidavit ou de l'affirmation où les personnes signifiées sont énumérées et le mode de signification précisé par la mention « Voir ci-joint ». Si une partie est signifiée par fax, courrier électronique ou autre moyen électronique, l'affirmation ou l'affidavit doit inclure une certification attestant que la partie ainsi signifiée a donné la permission explicite de recevoir la signification par ces moyens [voir 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) et (c)]. Il n'est pas nécessaire que la réfutation soit signifiée à chaque partie de la même manière. L'affirmation doit être datée et signée sous peine de parjure. Seul un avocat peut remplir l'affirmation. L'affirmation doit être assermentée (signée) devant un notaire public.



RÉFUTATION DE DEMANDE DE RÉEXAMEN/ RÉVISION COMPLÈTE DE LA COMMISSION

1. Numéro(s) de dossier WCB	2. Numéro(s) de dossier de l'assureur	3. Code de l'assureur	4. Nom de l'assureur	5. Date de l'accident/du congé
6. Nom du demandeur		7. Adresse du (de la) demandeur(euse)		
8. Cette réfutation est faite au nom de :				
9. Cette réfutation est en réponse à une demande de (choisir une seule option) :				
<input type="checkbox"/> Examen complet obligatoire de la Commission <input type="checkbox"/> Examen complet discrétionnaire de la Commission				
10. La demande a été signifiée à l'intimé(e) le (mm/jj/aaaa) :				
11. Date de dépôt du mémorandum de décision (mm/jj/aaaa) :				
12. Cette réfutation affirme que :				
<input type="checkbox"/> La Demande de réexamen/révision complète de la Commission devrait être refusée. <input type="checkbox"/> Le mémorandum de décision devrait être corrigé administrativement pour indiquer ce qui suit : _____ <input type="checkbox"/> Le mémorandum de décision devrait être confirmé dans son intégralité. <input type="checkbox"/> Le mémorandum de décision devrait être modifié comme suit : _____				
13. Réponse aux questions et aux motifs. (voir consignes pour plus de détails)				
14. Dossier. (voir consignes pour plus de détails)				
15. Certification. En signant le présent document dans l'espace prévu ci-dessous, je certifie que la présente réfutation est fondée en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires en utilisant la méthode de signification, y compris l'adresse réelle, l'adresse électronique ou le numéro de fax où la signification a été transmise, indiquée dans l'affirmation ou l'affidavit de signification ci-dessous. Je comprends que la loi sur les accidents du travail prévoit des sanctions substantielles pour l'engagement ou la poursuite d'une procédure sans motif raisonnable.				

Signature du préparateur : _____ Date de préparation (mm/jj/aaaa) : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Titre officiel : _____ N° de téléphone en journée : _____

Adresse : _____



PREUVE DE SIGNIFICATION

SECTION 1

AFFIRMATION

ÉTAT DE NEW YORK, COMTÉ DE _____ ss : Je soussigné(e), _____, suis un(e) avocat(e) dûment autorisé(e) à pratiquer le droit dans les tribunaux de l'État de New York. J'affirme par la présente, sous peine de parjure, que j'ai respecté les exigences de dépôt et de signification énoncées dans la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3), comme l'exige la règle 12 NYCRR 300.13(c) pour la Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission de la manière décrite dans la section 2 ci-dessous.

Je certifie que la signification de la présente Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission, comme indiqué ci-dessous, a été effectuée dans les 30 jours calendrier suivant la signification de la Demande de réexamen/révision complète de la Commission.

Date (mm/jj/aaaa) : _____ Signature : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

AFFIDAVIT

ÉTAT DE NEW YORK, COMTÉ DE _____ ss : Je soussigné(e), _____, dûment assermenté(e), dépose et déclare : Je ne suis pas une partie intéressée par la ou les réclamations énumérées dans la Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission et j'ai plus de 18 ans. Je certifie par la présente que j'ai respecté les exigences de dépôt et de signification énoncées dans la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3), comme l'exige la règle 12 NYCRR 300.13(c) pour la Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission de la manière décrite dans la section 2 ci-dessous.

Je certifie que la signification de la présente Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission, comme indiqué ci-dessous, a été effectuée dans les 30 jours calendrier suivant la signification de la Demande de réexamen/révision complète de la Commission.

Déclaré sous serment devant moi en ce _____ Signature : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Notaire public

SECTION 2

A. J'ai déposé la Réfutation de demande de réexamen/révision complète de la Commission le (date - mm/jj/aaaa) _____ par (choisir une méthode) :

- Courrier à P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Fax au 1-877-533-0337
- Courrier électronique à wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- Lien de téléchargement sur le site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Réclamation pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail** : Courrier au service de la discrimination, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Prestations d'invalidité** : Courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. J'ai signifié la réfutation de demande de révision de la Commission le (date - mm/jj/aaaa) _____ à (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____