

完成 RB-89.2 的填寫說明

致申請人：必須在委員會小組決定之備忘錄的提交通知發出後 30 個日曆日內向委員會秘書提交重新考慮/委員會全面複審之申請。申請在委員會實際收到該申請當日被看作是已向委員會提交。依據 12 NYCRR 300.13(b)(3) 和會長的指定，僅可在委員會的集中郵寄地址（P.O.Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205）、索賠的集中傳真號碼（1-877-533-0337）、索賠的集中電子郵件地址（wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov）或通過 WCB 網頁上傳連結（<https://wcbdoc.services.conduent.com/>）向委員會提交申請。工傷賠償歧視索賠案件中的申請，必須通過將申請郵寄至委員會的 Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204，向委員會提交申請。為獲得殘障福利提交的索賠中的申請（由於與工作無關的傷害或疾病而有工資損失的索賠），必須通過將申請郵寄至 Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029，向委員會提交申請。必須依照 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 將本申請的副本送達給所有必要的利害關係當事人。除非是無代表人之索賠人提交的申請，否則必須以會長規定的格式提交申請，還必須完整填寫申請的所有部分。未能提供表格要求的所有資訊可導致申請被駁回。

注意：親手遞交到委員會辦公室的重新考慮/委員會全面複審之申請將不會被接受。直接郵寄或提交到總法律顧問辦公室的申請，將會被看作是未向委員會提交，也不會被考慮。

致所有其他當事人：任何對本申請的反駁，必須依照 12 NYCRR 300.13(c)，在申請被送達給當事人之日後 30 個日曆日內被送達給委員會，具體如 RB-89.2 表格送達證明部分所述。

1. **WCB 案件編號。**填入上訴所針對之索賠的 WCB 案件編號。WCB 案件編號包括關於工傷賠償、歧視、殘障福利、帶薪家事假歧視、志願消防員和志願救護工作人員福利的案件編號。
2. **保險公司案件編號。**填入上訴所針對之索賠的保險公司案件編號。本部分/項目不適用於歧視索賠案件。
3. **保險公司代碼。**填入上訴所針對之索賠的保險公司的保險公司代碼。本部分/項目不適用於歧視索賠案件。
4. **保險公司的名稱。**填入上訴所針對之索賠的保險公司的名稱。本部分/項目不適用於歧視索賠案件。
5. **受傷/休假日期。**填入受傷發生的日期，或者帶薪家事假開始的日期（如果沒有休帶薪家事假，則填入歧視投訴日期）。
6. **索賠人的姓名。**填入員工的完整姓名。
7. **索賠人的地址。**填入員工的街道地址、城市、州和郵政編碼，以及郵寄地址（如不同）。
8. **代表以下人員提交申請。**說明哪一位當事人在提出該上訴/提交本申請。
9. **重新考慮/委員會全面複審之申請。**說明該申請是否是 1) 強制性的，或者 2) 任意性的。
10. **委員會小組決定之備忘錄的提交日期。**填入上訴所針對之決定的日期。
11. **尋求獲得的補救。**說明尋求獲得的補救類型。
12. **當前案件狀態。**說明案件的狀態。
13. **具體說明要求複審的問題。**說明要求複審的具體問題。
14. **上訴的緣由。**給出可作為該上訴依據之特定理由的簡短陳述，包括對爭議事實的裁決表示異議和/或訴稱有適用法律之錯誤。沒有具體地向委員會提出需要做出決定之問題的一般指控是不足的。可附上附加頁，最多可為 8 頁。

15. **聽證會日期、記錄抄本、文檔、證物和其他證據。**考慮到記錄與本申請中提出的問題和理由有關，可提及該記錄或記錄的部分內容。說明在 WCLJ 面前提出問題的聽證會日期，以及任何其他有關的聽證會日期。使用日期和/或文檔 ID 編號來識別委員會檔案中的記錄抄本、文檔、報告、證物和其他證據，它們與要求被複審的問題和理由有關。在會議紀要未被轉錄時說明這一點。不要在本申請中包含或附上在該申請被提交時存在於委員會檔案中的任何文檔。

16. **向最高法院上訴法庭的三號部門提交上訴。**說明對該決定備忘錄的上訴是否會被/已經被呈遞到最高法院上訴法庭的三號部門。

17. **認證。**填表人必須在表格上簽署姓名和日期（並且提供他們的姓名、職務、電話號碼和地址），證實該申請在法律和事實上基於有誠意的緣由，申請的提出包含合理的理由，並且已經將其送達給送達證明部分中的必要利害關係當事人。

18. **送達證明。**必須依照 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 將該申請送達給所有必要的利害關係當事人。未能恰當送達必要的當事人，應被看作是有缺陷的送達，委員會也可拒絕申請。當要求委員會複審之申請由保險公司、自僱主或其他付款人或潛在付款人提出時，必須向索賠人和索賠人的法律代表以及其他必要的利害關係當事人送達文件。如果上訴人有在委員會的決定提交後三十（30）日內完成送達，則應將其看作是及時的送達。必須完成確認書或宣誓書中的一項，並且必須包含向委員會提交申請的方式和日期。上訴人應僅使用一種方式向委員會提交該申請。如果上訴人有重複提交申請，此類重複提交可被看作是在沒有合理理由的情況下提出或繼續問題，可使上訴人依據 WCL § 114-a(3) 接受評估。已經完成的確認書或宣誓書必須明確說明被送達的文件、被送達的利害關係當事人的姓名、送達各位利害關係當事人的日期和方式，並且說明有在作為該申請之主題的決定提交後 30 日內完成該送達。使用「見附件」填寫確認書或宣誓書中要求列出被送達之人以及送達方式的部分，是不可接受的。若通過傳真、電子郵件或其他電子方式送達某一當事人，該確認書或宣誓書必須包含說明採用該方式被送達的該當事人曾為通過此類方式接收送達提供明確許可之認證 [參閱 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]。不必採用同一種方式將該申請送達給各位當事人。必須在受偽證處罰的約束下在確認書上簽署日期和姓名。只有一位律師可完成該確認書。宣誓書必須在公證人面前宣誓（簽署）。

17. **認證**：通過在下文空白處簽署本文檔，本人證實該申請在法律和事實上包含有誠意的緣由，申請的提出基於合理的理由，並且已經使用送達方式將其送達給所有必要的利害關係當事人，包括列於下方送達的確認書或宣誓書中的傳輸送達的實際地址、電子郵件地址或傳真號碼。本人理解《工傷賠償法》會對沒有合理理由和/或出於拖延目的提出或繼續訴訟程序之行為施以嚴重的懲罰。本人理解，如果本申請由於任何原因被撤回，或者如果當事人解決了所提出的任何問題，本人必須以書面形式立即告知委員會和被送達的必要利害關係當事人。

填表人的簽名：_____ 填表日期（月/日/年）：_____

工整書寫姓名：_____

官方職務：_____ 日間電話號碼：_____

地址：_____

送達證明

第 1 部分

確認書

紐約州 _____ 縣，即：本人 _____ 是一名經正式許可在紐約州的法院從事法律業務之律師。本人特此在受偽證處罰的約束下，確認本人有在提交這份重新考慮/委員會全面複審之申請時採用如下文第 2 節所述的方式，遵守了 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 和 (3) 闡述的提交和送達要求。

本人證實這份重新考慮/委員會全面複審之申請的送達，如下文所述，有在作為本申請之主題的決定提交後 30 個日曆日內被完成。

日期（月/日/年）：_____ 簽名：_____

工整書寫姓名：_____

宣誓書

紐約州 _____ 縣，即：本人 _____ 在正式發誓後作證並指出：本人不是列於該重新考慮/委員會全面複審之申請中的索賠案件的利害關係當事人，而且本人年滿 18 歲。本人特此證實本人有在提交這份重新考慮/委員會全面複審之申請時採用如下文第 2 節所述的方式，遵守了 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 和 (3) 闡述的提交和送達要求。

本人證實這份重新考慮/委員會全面複審之申請的送達，如下文所述，有在作為本申請之主題的決定提交後 30 個日曆日內被完成。

於 _____ 年 _____ 月 _____ 日在本人面前宣誓 簽名：_____

工整書寫姓名：_____

公證人

第 2 部分

A. 本人於（日期 - 月/日/年） _____ 通過以下方式（選擇一種方式）向委員會提交了該重新考慮/委員會全面複審之申請：

- 郵寄至 P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- 傳真至 1-877-533-0337
- 發送電子郵件至 wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- WCB 網頁上傳連結（<https://wcbdoc.services.conduent.com>）
- 工傷賠償歧視索賠：郵寄至 Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- 殘障福利：郵寄至 Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. 本人於（日期 - 月/日/年） _____ 向以下個人（必要時附上附加頁）送達了委員會複審之申請：

姓名：_____ 通過（方式）：_____ 在（地址）：_____

姓名：_____ 通過（方式）：_____ 在（地址）：_____

姓名：_____ 通過（方式）：_____ 在（地址）：_____

姓名：_____ 通過（方式）：_____ 在（地址）：_____