

## تعليمات لإكمال النموذج RB-89.3

**إلى الطاعن:** يجب تقديم الطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من مجلس تعويض العمال ("المجلس") في غضون 30 يوماً تقويمياً بعد تبليغ الطاعن بطلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس. يُعد الطعن مقدماً إلى المجلس في تاريخ الاستلام الفعلي لهذا الطعن من قبل المجلس. وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ج)، الذي يقتضي أن تستوفي جميع الطعون المتطلبات الواردة في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)، لا يجوز تقديم الطعن إلا على العنوان البريدي المركزي للمجلس (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205)، رقم الفاكس المركزي للمطالبات (0337-533-877-1)، أو عنوان البريد الإلكتروني المركزي للمطالبات ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov))، أو عبر رابط رفع المستندات على موقع ويب المجلس (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). يجب أن تقدم الطعون في مطالبات التمييز ضد تعويض العمال إلى المجلس عن طريق إرسال الطعن بالبريد إلى وحدة التمييز التابعة لمجلس تعويض العمال 12204 Broadway, Menands, NY 12204. Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. تُقدم الطعون في المطالبات المقدمة لطلب إعانات الإعاقة (المطالبات المتعلقة بالأجور الفائتة بسبب الإصابات أو الأمراض غير المتعلقة بالعمل) إلى المجلس عن طريق إرسال الطعن بالبريد إلى (مكتب إعانات الإعاقة) الإعاقة (13761-9029 Endicott, NY 13761-9029). Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. تُرسل نسخة من هذا الطعن إلى جميع الأطراف المعنية الواجب إبلاغهم وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1)(أ) (رابعاً). تكون الطعون، ما لم يتم تقديمها من مطالب غير ممثل، بالصيغة التي يحددها الرئيس، وتُملأ جميع أقسام الطعن بحيث تتوافق مع أي مذكرة قانونية مرفقة مع الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1)(أ) (أولاً). قد يؤدي عدم تقديم جميع المعلومات المطلوبة في النموذج إلى رفض الطعن.

**ملحوظة:** لن تُقبل الطعون في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس إذا سُلمت يدويًا إلى مكتب المجلس. تُعد الطعون المرسلّة بالبريد أو المقدمة مباشرة إلى مكتب المستشار العام (Office of General Counsel) غير مقدمة إلى مجلس تعويض العمال ولن يتم النظر فيها.

1. رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال. اكتب رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال للمطالبة تعويض العمال والتمييز وإعانات الإعاقة والتمييز في الإجازة العائلية مدفوعة الأجر ومخصصات رجال الإطفاء المتطوعين وعمال الإسعاف المتطوعين.
2. رقم (أرقام) الحالة لدى شركة التأمين اكتب رقم (أرقام) حالة لدى شركة التأمين للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
3. رمز شركة التأمين اكتب رمز شركة التأمين للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
4. اسم شركة التأمين اكتب رمز شركة التأمين للمطالبة قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
5. تاريخ الإصابة/ الإجازة اكتب التاريخ الذي حدثت فيه الإصابة أو التاريخ الذي بدأت فيه الإجازة العائلية مدفوعة الأجر (إذا لم يتم الحصول على إجازة عائلية مدفوعة، فاكتب تاريخ الشكوى ضد التمييز).
6. اسم المُطالب اكتب اسم الموظف بالكامل.
7. عنوان المُطالب اكتب عنوان الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي للموظف والعنوان البريدي إذا كان مختلفاً.
8. تم تقديم الطعن بالنيابة عن: حدد الطرف الذي يقدم هذا الطعن.
9. نوع الطلب الذي يطلب هذا الطعن الرد عليه. وضّح ما إذا كان الطعن هو ردًا على طلب (1) إما لإجراء مراجعة كاملة إلزامية من المجلس، أو (2) لإجراء مراجعة كاملة تقديرية من المجلس.
10. تاريخ تقديم مذكرة قرار هيئة المجلس. اكتب تاريخ القرار المستأنف.
11. تاريخ التبليغ اكتب التاريخ الذي أُبلغ فيه الطاعن بطلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس.
12. النتيجة المطلوبة. وضّح ما إذا كان الطعن يزعم أنه (1) يجب رفض طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس بموجب الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(4)، (2) يجب تصحيح مذكرة القرار إداريًا والطريقة التي ينبغي تصحيحها بها، (3) يجب تأييد مذكرة القرار بالكامل، أو (4) يجب تعديل مذكرة القرار والطريقة التي ينبغي تعديلها بها.
13. الرد على القضايا وأسس الرد. قدم بيانًا موجزًا ردًا على القضايا والأسس التي أُبديت في الطلب مع تحديد أي أخطاء مزعومة في الواقع أو القانون. كما هو منصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1)(أ) (و(ج))، بحق للطاعن إرفاق مذكرة قانونية لا تزيد عن ثماني (8) صفحات، حجم الخط 12، بوصة واحدة للهوامش، و8.5 بوصة في الأعلى، و11 بوصة في أسفل الصفحة. لن تُنظر أي مذكرة تتجاوز ثماني (8) صفحات، ما لم يوضح الطاعن كتابيًا سبب عدم تمكنه من تقديم أساس الاستئناف في ثماني (8) صفحات فقط. لن تُنظر أي مذكرة تتجاوز خمس عشرة (15) صفحة تحت أي ظرف من الظروف.

14. **السجل.** إذا كان السجل المذكور في الطلب يشكل السجل الكامل لنظر الطلب، فاترك هذا القسم فارغاً. إذا كان السجل المذكور في الطلب لا يشكل السجل الكامل لنظر الطلب، فحدد بالتاريخ و/ أو برقم (أرقام) معرف المستند وجلسات الاستماع الأخرى والوثائق والمستندات والأدلة الأخرى ومحاضر الجلسات المدرجة في ملف المجلس ذي الصلة بالقضية (القضايا) والأسباب التي أديت في الطلب التي لم تُذكر فيه. لا تدرج ولا ترفق بالطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس أي مستندات موجودة في ملف المجلس عند تقديم الطلب أو هذا الطعن. يحق للمجلس رفض أي طعن مقدم من الطاعن أو ممثله القانوني للمستأنف الذي أرفق المستندات الموجودة بالفعل في ملف المجلس عند تقديم الطلب أو تقديم هذا الطعن، وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1) (ثانياً) و(ج).

15. **الشهادة** يوقع المحرر على النموذج ويؤرخه (مع بيان الاسم والمسمى الوظيفي ورقم الهاتف والعنوان) مقرراً بحسن نية الطعن في القانون والواقع، وأنه تأسس على أسباب معقولة وأبلغت به الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم بقسم إثبات التبليغ.

16. **إثبات التبليغ** تُقدم نسخة من هذا الطعن إلى جميع الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً) و(ج). يُعد عدم إخطار أي طرف معني واجب إبلاغه تبليغاً ناقصاً ويجوز لمجلس تعويض العمال ألا يلتفت للطعن. إذا قدم الطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس عن طريق شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن ذاتياً أو دافع آخر أو دافع محتمل، فيكون التبليغ من مسؤولية المطالب وممثله القانوني والأطراف الأخرى المعنية والواجب إبلاغهم. يُعد التبليغ قد تم في حينه إذا أكمله الطاعن في غضون ثلاثين (30) يوماً من الإبلاغ بطلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس. يجب إكمال التأكيد أو الإفادة الخطية شريطة أن تتضمن وسيلة تقديم الطعن إلى مجلس تعويض العمال وتاريخه. يستخدم الطاعن وسيلة واحدة فقط لتقديم الطعن إلى المجلس. إذا كررت ملفات الطاعن نفس الطعون، فقد يُنظر إلى هذه الملفات المكررة على أنها تُبدي أو تستمر في إبداء قضية دون أسباب معقولة، وقد يخضع الطاعن بموجبها للتقييمات عملاً بالمادة 114(3) من قانون تعويض العمال. يجب أن يحدد التأكيد أو الإفادة الخطية المكتملة الأوراق المقدمة أسماء الأطراف المعنية المبلغة وتاريخ وسيلة التبليغ لكل طرف معني، وأن هذا التبليغ قد تم في غضون 30 يوماً من الإبلاغ بطلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس. من غير المقبول إكمال جزء الإفادة الخطية أو التأكيد بحيث يشير إلى المبلغين ووسيلة التبليغ بعبارة "انظر المرفق". إذا تم إبلاغ أي طرف عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني أو أي وسيلة إلكترونية أخرى، فيجب أن يحتوي الإقرار أو الإفادة الخطية على شهادة تفيد بأن الطرف المبلغ قد قدم إنفاً صريحاً بالتبليغ بهذه الوسائل [انظر الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب) (2) (رابعاً) (ج) و(ج)]. لا يلزم إبلاغ جميع الأطراف بالطعن بنفس الوسيلة. يجب أن يكون التأكيد مؤرخاً وموقعاً ويخضع لعقوبات الحنث باليمين. لا يحق إكمال التأكيد إلا من قبل وكيل فقط. تصدر الإفادة الخطية مشفوعة بيمين (وموقعة) أمام الكاتب العدل.

1. رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال	2. رقم (أرقام) الحالة لدى شركة التأمين	3. رمز شركة التأمين	4. اسم شركة التأمين	5. تاريخ الإصابة/ الإجازة
6. اسم المُطالب		7. عنوان المُطالب		
8. تم تقديم هذا الطعن بالنيابة عن:				
9. هذا الطعن هو رد على طلب (اختر خيارًا واحدًا فقط): <input type="checkbox"/> مراجعة كاملة إلزامية من المجلس <input type="checkbox"/> مراجعة كاملة تقديرية من المجلس				
10. تم تبليغ الطاعن بالمطلب في (شهر/ يوم/سنة):				
11. تاريخ تقديم مذكرة القرار (شهر/ يوم/سنة):				
12. يزعم هذا الطعن أنه: <input type="checkbox"/> يجب رفض طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس. <input type="checkbox"/> يجب تصحيح مذكرة القرار إداريًا ليصبح نصها كما يلي: <input type="checkbox"/> يجب تأييد مذكرة القرار جملة وتفصيلاً. <input type="checkbox"/> يجب تعديل مذكرة القرار لتصحيح:				
13. الرد على القضايا وأسس الرد. (انظر التعليمات لمعرفة التفاصيل)				
14. السجل. (انظر التعليمات لمعرفة التفاصيل)				
15. الشهادة بالتوقيع على هذا المستند في المساحة المخصصة أدناه، أقر أن هذا الطلب له أساس حسن النية في القانون والواقع، وقد قُدم على أساس معقولة، وأعلن به جميع الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم باستخدام وسيلة التبليغ، ويشمل ذلك العنوان الفعلي أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الفاكس حيث أن التبليغ مدرج في التأكيد أو الإفادة بالتبليغ أدناه. أدرك أن قانون تعويض العمال يفرض عقوبات رادعة للشروع في الدعوى أو الاستمرار بها دون تأسيسها على أسباب معقولة.				

توقيع المحرر: \_\_\_\_\_ تاريخ الإعداد (شهر/يوم/سنة): \_\_\_\_\_

الاسم بخط واضح: \_\_\_\_\_

المسمى الوظيفي الرسمي: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف النهاري: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_



RB-89.3 1-23

RB-89.3 (1-23)

يوظف مجلس تعويض العمال الأشخاص ذوي الإعاقة ويقدم خدماتهم لهم دون تمييز

## إثبات التبليغ

## التأكيد

ولاية نيويورك، مقاطعة \_\_\_\_\_، وأنا، \_\_\_\_\_، وكيل معترف به حسب الأصول لممارسة مهنة المحاماة في محاكم ولاية نيويورك. أؤكد بموجب ذلك وبموجب وقوعي تحت عقوبة الحنث باليمين أنني قد امتثلت لمتطلبات التقديم والتبليغ على النحو المنصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2)(رابعاً) و(3) في الطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس هذا بالوسيلة الموضحة في القسم الثاني أدناه.

أقر بأنه تم الإبلاغ بهذا الطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس، كما هو موضح أدناه، في غضون 30 يومًا تقويميًا من طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس.

التاريخ (شهر/يوم/سنة): \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

الاسم بخط واضح: \_\_\_\_\_

## إفادة

ولاية نيويورك، مقاطعة \_\_\_\_\_، أنا \_\_\_\_\_، بموجب حلف اليمين بما يلي: إنني لست طرفًا معنيًا بالمطالبة (المطالبات) المدرجة في الطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس ويزيد عمري عن 18 عامًا. أقر بموجب ذلك وبموجب وقوعي تحت عقوبة الحنث باليمين أنني قد امتثلت لمتطلبات التقديم والتبليغ على النحو المنصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2)(رابعاً) و(3) في الطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس هذا بالوسيلة الموضحة في القسم الثاني أدناه.

أقر بأنه تم الإبلاغ بهذا الطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس، كما هو موضح أدناه، في غضون 30 يومًا تقويميًا من طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس.

خلف اليمين أمامي في هذا اليوم \_\_\_\_\_ من شهر \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

الاسم بخط واضح: \_\_\_\_\_

الكاتب العدل

## القسم الثاني

أ. قدمت الطعن في طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس إلى المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) \_\_\_\_\_ عن طريق (اختر وسيلة واحدة):

الإرسال بالبريد إلى: Box 5205, Binghamton, NY 13902

الفاكس 1-877-533-0337

البريد الإلكتروني على [wbcclaimsfilng@wcb.ny.gov](mailto:wbcclaimsfilng@wcb.ny.gov)

رابط موقع ويب مجلس تعويض العمال (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

المطالبة بتعويض العمال ضد التمييز: الإرسال بالبريد على: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204

إعانات الإعاقة: إرسال بريد إلى مكتب إعانات الإعاقة 9029-13761-9029, PO Box 9029, Endicott, NY 13761 (Disability Benefits Bureau)

ب. قدمت الطعن في طلب نظر المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) \_\_\_\_\_ إلى (أرفق أوراقًا إضافية عند الحاجة):

الاسم: \_\_\_\_\_ عبر (الوسيلة): \_\_\_\_\_ إلى (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ عبر (الوسيلة): \_\_\_\_\_ إلى (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ عبر (الوسيلة): \_\_\_\_\_ إلى (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ عبر (الوسيلة): \_\_\_\_\_ إلى (العنوان): \_\_\_\_\_