

تعليمات لإكمال النموذج RB-89.2

إلى مُقدم الطلب: يجب تقديم طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من مجلس تعويض العمال ("المجلس") في غضون 30 يوماً تقويمياً بعد الإخطار بتقديم مذكرة قرار هيئة المجلس إلى سكرتير المجلس. يُعد الطلب مقدماً إلى المجلس في تاريخ الاستلام الفعلي لهذا الطلب من قبل المجلس. وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(3) وقرار رئيس المجلس، لا يجوز تقديم الطلب إلا إلى المجلس على عنوان البريد المركزي للمجلس (5205-13902, Binghamton, NY 5205, P.O. Box)، رقم الفاكس المركزي للمطالبات (1-877-533-0337)، أو عنوان البريد الإلكتروني المركزي للمطالبات (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)، أو عبر رابط رفع المستندات على موقع ويب مجلس تعويض العمال (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). يجب أن تقدم الطلبات في مطالبات التمييز ضد تعويض العمال إلى المجلس عن طريق إرسال الطلب بالبريد إلى وحدة التمييز التابعة لمجلس تعويض العمال (Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 13761-9029). تُقدم الطلبات في المطالبات المقدمة لطلب إعانات الإعاقة (المطالبات المتعلقة بالأجور الفائتة بسبب الإصابات أو الأمراض غير المتعلقة بالعمل) إلى المجلس عن طريق إرسال الطلب بالبريد إلى (مكتب إعانات الإعاقة) Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. تُرسل نسخة من هذا الطلب إلى جميع الأطراف المعنية الواجب إبلاغهم وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً). تُملأ الطلبات، ما لم يتم تقديمها من مطالب غير ممثل، بالصيغة التي يحددها الرئيس، مع جميع أقسام الطلب. قد يؤدي عدم تقديم جميع المعلومات المطلوبة في النموذج إلى رفض الطلب.

ملحوظة: لن تُقبل طلبات إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس إذا سُلمت يدوياً إلى مكتب المجلس. تُعد الطلبات المرسلة بالبريد أو المقدمة مباشرة إلى مكتب المستشار العام (Office of General Counsel) غير مقدمة إلى مجلس تعويض العمال ولن يتم النظر فيها.

لجميع الأطراف الأخرى. يُقدم أي طعن على هذا الطلب إلى المجلس في غضون 30 يوماً تقويمياً من تاريخ تقديم الطلب إلى الأطراف، كما هو محدد في قسم إثبات التبليغ في النموذج RB-89.2 وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ج)

1. رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال. اكتب رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. يشمل رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال رقم الحالة لمطالبة 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 تاريخ بدء 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 الطلب بالنيابة عن: اذكر الطرف الذي يطلب الاستئناف/ يقدم هذا الطلب.
9. طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس. وضح ما إذا كان الطلب (1) إلزامياً، أم (2) تقديرياً.
10. تاريخ تقديم مذكرة قرار هيئة المجلس. اكتب تاريخ القرار المستأنف.
11. الانتصاف المطلوب. حدد نوع الانتصاف المطلوب.
12. وضع القضية الحالية. حدد وضع القضية.
13. حدد القضية (القضايا) المطلوب نظرها. اذكر القضية (القضايا) المطلوب نظرها.
14. أساس الاستئناف. قدم بياناً موجزاً للأسس الخاصة التي يستند إليها الاستئناف، بما في ذلك النتائج المحددة للوقائع المطعون فيها و/ أو الأخطاء القانونية المزعومة. تُعد المزاем العامة، التي لا تلتفت انتباه المجلس على وجه التحديد إلى القضايا التي سيتم البت فيها، غير كافية. يمكن إرفاق أوراق إضافية حتى 8 صفحات بحد أقصى.

15. **تواريخ جلسات الاستماع ومحاضر الجلسات والوثائق والمستندات والأدلة الأخرى.** قم بالإشارة إلى السجل، أو أي جزء منه، على نحو ما يتعلق بالقضية (القضايا) والأسس التي أُبديت في هذا الطلب. اذكر تاريخ (تواريخ) جلسة الاستماع التي رُفعت فيها القضية (القضايا) أمام القاضي المختص بقانون تعويض العمال وأي تواريخ جلسة استماع أخرى ذات صلة. اذكر، بالتاريخ و/ أو برقم (أرقام) معرف المستند، محاضر الجلسات والوثائق والتقارير والمستندات والأدلة الأخرى في ملف المجلس ذات الصلة بالقضايا وأسباب رفعها للنظر فيها. إذا كانت المحاضر غير مفرّعة، فاذكر ذلك. لا تدرج ولا ترفق بالطلب أي مستندات موجودة في ملف المجلس عند تقديم الطلب.

16. **الاستئناف لدى شعبة الاستئناف بالمحكمة العليا، الدائرة الثالثة.** وضح ما إذا كان الاستئناف على مذكرة القرار سيتم/ قد تم رفعه إلى شعبة الاستئناف بالمحكمة العليا، الدائرة الثالثة.

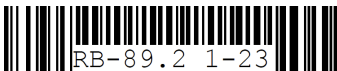
17. **الشهادة** يوقع المحرر على النموذج ويؤرخه (مع بيان الاسم والمسمى الوظيفي ورقم الهاتف والعنوان) مقرراً بحسن نية الطلب في القانون والواقع، وأنه تأسس على أسباب معقولة وأبلغت به الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم بقسم إثبات التبليغ.

18. **إثبات التبليغ** تُقدم نسخة من هذا الطلب إلى جميع الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً). يُعد عدم إخطار أي طرف واجب إبلاغه تبليغاً ناقصاً ويجوز لمجلس تعويض العمال رفض الطلب. إذا قُدم طلب مراجعة 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 أرسله المستأنف في غضون ثلاثين (30) يوماً من تقديم المجلس للقرار. يجب إكمال التأكيد أو الإفادة الخطية شريطة أن تتضمن وسيلة تقديم الطلب إلى مجلس تعويض العمال وتاريخه. يستخدم المستأنف وسيلة واحدة فقط لتقديم الطلب إلى المجلس. إذا كررت ملفات المستأنف الطلبات ذاتها، فقد يُنظر إلى هذه الملفات المكررة على أنها تُبدي أو تستمر في إبداء قضية دون أسباب معقولة، وقد يخضع المستأنف بموجبها للتقييمات عملاً بالمادة 114(3) من قانون تعويض العمال. يجب أن يحدد التأكيد أو الإفادة الخطية المكتملة الأوراق المقدمة أسماء الأطراف المعنية المبلّغة وتاريخ ووسيلة التبليغ لكل طرف معني، وأن هذا التبليغ قد تم في غضون 30 يوماً من تقديم القرار موضوع الطلب. من غير المقبول إكمال جزء الإفادة الخطية أو التأكيد بحيث يشير إلى المبلّغين 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 إنذاراً صريحاً بالتبليغ بهذه الوسائل [انظر الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً) (ج)]. لا يلزم إبلاغ جميع الأطراف بالطلب 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.

طلب إعادة النظر / المراجعة الكاملة من المجلس



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 الطلب بالنيابة عن:				
9. يكون طلب إعادة النظر / المراجعة الكاملة من المجلس بموجب المادتين 32 و142 (2) من قانون تعويض العمال: <input type="checkbox"/> إلزامياً (يوجد مخالفة بالطلب بخلاف ما يكون أساسها الوحيد الإحالة إلى أخصائي محايد) <input type="checkbox"/> تقديرياً				
10. تاريخ تقديم مذكرة قرار هيئة المجلس (شهر/ يوم/ سنة):				
11. الانتصاف المطلوب هو: <input type="checkbox"/> تصحيح مذكرة القرار إدارياً <input type="checkbox"/> نقض مذكرة القرار <input type="checkbox"/> تعديل مذكرة القرار <input type="checkbox"/> نقض مذكرة القرار				
12. القضية حالياً (ضع علامة أما خيار واحد): <input type="checkbox"/> قائمة <input type="checkbox"/> غير مسموح بها				
13. اذكر القضية (القضايا) المطلوب نظرها.				
14. أساس الاستئناف. يستند طلب المراجعة هذا إلى الأسس التالية (يمكن إرفاق أوراق إضافية بحد أقصى 8 صفحات):				
15. تواريخ جلسات الاستماع ومحاضر الجلسات والوثائق والمستندات والأدلة الأخرى. (انظر التعليمات لمعرفة التفاصيل):				
16. هل تم أو سيتم الاستئناف على مذكرة القرار أمام شعبة الاستئناف بالمحكمة العليا، الدائرة الثالثة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				



17. الشهادة: بالتوقيع على هذا المستند في المساحة المخصصة أدناه، أقر أن هذا الطلب له أساس حسن النية في القانون والواقع، وقد قُدم علي أسس 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 و/ أو لغرض التأخير. أدرك أنه في حالة سحب هذا الطلب لأي سبب كان أو إذا تم حل أي من القضايا المرفوعة من الأطراف، يتعين علي إبلاغ مجلس تعويض العمال على الفور والأطراف المعنية كتابيًا.

توقيع المحرر: _____ تاريخ الإعداد (شهر/يوم/سنة): _____

الاسم بخط واضح: _____

المسمى الوظيفي الرسمي: _____ رقم الهاتف النهاري: _____

العنوان: _____

إثبات التبليغ

القسم الأول

التأكيد

ولاية نيويورك، مقاطعة _____، أنا: _____، 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 طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس هذا بالوسيلة الموضحة في القسم الثاني أدناه.

أقر بأنه تم الإبلاغ بهذا الطلب لإعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس، كما هو موضح أدناه، في غضون 30 يومًا تقويميًا من إيداع القرار موضوع هذا الطلب.

التاريخ (شهر/يوم/سنة): _____ التوقيع: _____

الاسم بخط واضح: _____

إفادة

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

أقر بأنه تم الإبلاغ بهذا الطلب لإعادة النظر/ المراجعة الكاملة من المجلس، كما هو موضح أعلاه، في غضون 30 يومًا تقويميًا من إيداع القرار موضوع هذا الطلب.

حُلف اليمين أمامي في هذا اليوم _____ من شهر _____ التوقيع: _____

الاسم بخط واضح: _____

الكاتب العدل

القسم الثاني

أ. قدمت 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 wbcclaimsfilig@wcb.ny.gov

رابط موقع ويب مجلس تعويض العمال (<https://wbcdoc.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 (Disability Benefits Bureau), PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

ب. قدمت طلب إعادة النظر/ المراجعة الكاملة من 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): _____