

完成 RB-89.3 的填寫說明

致被上訴人：對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁，必須在該重新考慮/委員會全面複審之申請送達給被上訴人後 30 個日曆日內被提交。反駁在委員會實際收到該反駁當日被看作是已向委員會提交。依據 12 NYCRR 300.13(c)，所有反駁必須按要求符合 12 NYCRR 300.13(b) 中的要求，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/>）向委員會提交反駁。工傷賠償歧視索賠案件中的反駁，必須通過將反駁郵寄至委員會的 Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204，向委員會提交反駁。為獲得殘障福利提交的索賠中的反駁（由於與工作無關的傷害或疾病而有工資損失的索賠），必須通過將反駁郵寄至 Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029，向委員會提交反駁。必須依照 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv) 將本反駁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反駁，否則必須以會長規定的格式提交反駁，必須完成反駁中的各個部分，任何附於反駁的案件摘要必須遵守 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i)。未能提供表格要求的所有資訊可導致反駁被駁回。

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

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. **代表以下人員提交反駁。**說明哪一位當事人在提交本反駁。
9. **反駁答复的申請之類型。**說明該反駁答复的申請是針對以下兩項中的哪一項 1) 強制性委員會全面複審，或 2) 任意性委員會全面複審。
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. **送達的日期。**填入重新考慮/委員會全面複審之申請被送達給被上訴人的日期。
12. **請求得到的結果。**說明該反駁是否辯稱 1) 應該依照 12 NYCRR 300.13(b)(4) 拒絕重新考慮/委員會全面複審之申請，2) 決定備忘錄應該在行政上被糾正以及應該如何糾正，3) 決定備忘錄應該被全本肯定，或者 4) 決定備忘錄應該被修改以及應該如何修改。
13. **對問題和理由的答复。**提供簡短陳述，以答复申請中提出的問題和理由，指出任何訴稱的虛假事實或法律陳述。如 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) 和 (c) 的規定，被上訴人可附上一份長達八（8）頁紙的案件摘要，在有一英寸邊距的 8.5 英寸 × 11 英寸紙上使用 12 號字體書寫。超過八（8）頁紙的摘要將不會被考慮，除非被上訴人以書面形式詳述為什麼無法在八（8）頁紙內完成該上訴的緣由。超過十五（15）頁紙的摘要在任何情況下都不會被考慮。

14. **記錄**。如果申請中引用的記錄是供查閱的完整記錄，則將這一欄留空。如果申請中引用的記錄不是供查閱的完整記錄，使用日期和/或文檔 ID 編號來識別 WCB 檔案中的其他聽證會、文檔、證物、其他證據和記錄抄本，它們沒有在申請中被引用但與申請中提出的問題和理由有關。不要在對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁中包含或附上在該申請曾被提交或本反駁被提交時存在於委員會檔案中的任何文檔。委員會可依照 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) 和 (c)，因為被上訴人或被上訴人的法律代表在提交反駁時附上在申請或提交本反駁時委員會檔案中已經有的文檔，而拒絕其反駁。

15. **律師費**。當該反駁由索賠人的法律代表提交時，說明是否將要求增加律師費。若為是，則必須附上表格 OC-400.1 《索賠人的律師或代表之費用申請》，並將其送達給當事人 [參閱 12 NYCRR 300.13(b)(2)(v) 和 300.17]。未能在對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁中通過在提交本反駁時一併提交表格 OC-400.1 要求獲得額外費用之情況，應導致放棄任何額外費用。

16. **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），證實該反駁在法律和事實上基於有誠意的緣由，反駁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。

17. **送達證明**。必須依照 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 和 (c) 將該反駁送達給所有必要的利害關係當事人。未能恰當送達必要的利害關係當事人，應被看作是有缺陷的送達，委員會也可不考慮該反駁。當對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁由保險公司、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。如果被上訴人有在重新考慮/委員會全面複審之申請的送達後三十（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反駁的方式和日期。被上訴人應僅使用一種方式向委員會提交該反駁。如果被上訴人有重複提交反駁，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，可使被上訴人依據 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，並且說明有在重新考慮/委員會全面複審之申請的送達後 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) 和 (c)]。不必採用同一種方式將該反駁送達給各位當事人。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）。



1. WCB 案件編號	2. 保險公司案件編號	3. 保險公司代碼	4. 保險公司的名稱	5. 受傷/休假日期
6. 索賠人的姓名		7. 索賠人的地址		
8. 代表以下人員提交本反駁：				
9. 本反駁答复的申請是針對（僅選擇一項）：				
<input type="checkbox"/> 強制性委員會全面複審 <input type="checkbox"/> 任意性委員會全面複審				
10. 該申請被送達給被上訴人的日期（月/日/年）：				
11. 決定備忘錄的提交日期（月/日/年）：				
12. 本反駁辯稱：				
<input type="checkbox"/> 應該拒絕重新考慮/委員會全面複審之申請。 <input type="checkbox"/> 決定備忘錄應該在行政上被糾正，應被糾正為： _____ <input type="checkbox"/> 決定備忘錄應該被全本肯定。 <input type="checkbox"/> 決定備忘錄應該被修改為： _____				
13. 對問題和理由的答复。（詳情參見填寫說明）				
14. 記錄。（詳情參見填寫說明）				
15. 您是否將提出增加律師費之請求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若為「是」，則必須附上表格 OC-400.1，並將其送達給當事人。				
16. 認證。 通過在下文空白處簽署本文檔，本人證實該反駁在法律和事實上包含有誠意的緣由，反駁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》會對在沒有合理理由的情況下提出或繼續訴訟程序之行為施以嚴重的懲罰。				

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，確認本人有在提交對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁時採用如下文第 2 節所述的方式，按照 12 NYCRR 300.13(c) 的要求，遵守了 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 和 (3) 闡述的提交和送達要求。

本人證實這份對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁的送達，如下文所述，有在該重新考慮/委員會全面複審之申請的送達後 30 個日曆日內被完成。

日期 (月/日/年年年年) : _____ 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：本人不是列於對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁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對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁時採用如下文第 2 節所述的方式，按照 12 NYCRR 300.13(c) 的要求，遵守了 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 和 (3) 闡述的提交和送達要求。

本人證實這份對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁的送達，如下文所述，有在該重新考慮/委員會全面複審之申請的送達後 30 個日曆日內被完成。

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

工整書寫姓名 : _____

公證人

第 2 部分

A. 本人於 (日期 - 月月/日日/年年年年) _____ 通過以下方式 (選擇一種方式) 向委員會提交了對重新考慮/委員會全面複審之申請的反駁：

- 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 - 月月/日日/年年年年) _____ 向以下個人 (必要時附上附加頁) 送達了對委員會複審之申請的反駁：

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) : _____