

## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ RB-89.3

**ДЛЯ ОТВЕТЧИКА.** Несогласие с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете (Rebuttal of Application for Reconsideration/Full Board Review) должно быть подано в течение 30 календарных дней после вручения ответчику заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете. Датой подачи несогласия в Совет считается дата фактического получения несогласия Советом. Поскольку в соответствии с 12 NYCRR 300.13(c) несогласие во всех случаях должно соответствовать требованиям, изложенным в 12 NYCRR 300.13(b), несогласие можно подать только по центральному почтовому адресу Совета (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), центральному номеру факса для заявок (1-877-533-0337), центральному адресу электронной почты для заявок ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)) или с использованием ссылки для отправки документов в WCB через Интернет (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Для подачи в Совет несогласия с жалобой на дискриминацию в связи с компенсациями работникам необходимо отправить форму несогласия по почте на адрес: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Для подачи в Совет несогласия с заявкой на получение пособия по нетрудоспособности (заявки на компенсацию за неполученную заработную плату в связи с травмами или заболеваниями, не связанными с работой) необходимо отправить несогласие почтой по адресу: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv) копия этого несогласия должна быть вручена всем обязательным заинтересованным сторонам. Кроме случаев, когда несогласие подается заявителем, не имеющим законного представителя, несогласия должны быть поданы в формате, определенном Председателем, все разделы несогласия должны быть заполнены, а приложенное юридическое обоснование (если имеется) должно соответствовать 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Непредоставление всей запрошенной информации может привести к тому, что несогласие не будет рассмотрено.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Несогласие с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, доставленное лично в офис Совета, не принимается. Несогласие, отправленное почтой или принесенное непосредственно в офис начальника юридической службы (Office of General Counsel), не считается поданным в Совет и не рассматривается.

- 1. Номер(а) дел(а) WCB.** Укажите номер дела (номера дел) WCB, по которому (которым) подается апелляция. Номера дел WCB включают номера дел для заявок на компенсацию работникам, пособия по нетрудоспособности, пособия добровольным пожарным или добровольным работникам скорой помощи, жалоб на дискриминацию и жалоб на дискриминацию в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам.
- 2. Номер(а) дел(а) страховщика.** Укажите номер дела (номера дел) страховщика, по которому (которым) подается апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 3. Код страховщика.** Укажите код страховщика для страховой компании, работающей с заявкой, по которой подана апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 4. Наименование страховщика.** Укажите наименование страховой компании, работающей с заявкой, по которой подана апелляция. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.
- 5. Дата получения травмы/отпуска.** Укажите дату, когда была получена травма или когда начался оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (если оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам не был получен, укажите дату жалобы на дискриминацию).
- 6. Имя и фамилия заявителя.** Укажите полные имя и фамилию работника.
- 7. Адрес заявителя.** Укажите улицу и номер дома, город, штат и почтовый индекс работника и почтовый адрес, если он отличается от адреса проживания.
- 8. Форма несогласия подается от имени.** Укажите сторону, которая подает данное несогласие.
- 9. Тип заявления, в ответ на которое подается несогласие.** Укажите, что несогласие подается в ответ на заявление об 1) обязательном полном рассмотрении Советом или 2) дискреционном полном рассмотрении Советом.
- 10. Дата регистрации меморандума о решении коллегии Совета.** Укажите дату решения, по которому подается апелляция.
- 11. Дата вручения.** Укажите дату, когда заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете было вручено ответчику.
- 12. Запрашиваемый результат.** Укажите, какое действие предлагается в форме несогласия: 1) заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете должно быть отклонено в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(4), 2) меморандум о решении должен быть административно исправлен и как он должен быть исправлен, 3) меморандум о решении должен быть подтвержден в полном объеме или 4) меморандум о решении должен быть изменен и как он должен быть изменен.

**13. Ответ на вопросы и основания.** Предоставьте краткий ответ на вопросы и основания, указанные в заявлении, указав предполагаемые неправильные утверждения в отношении фактов или права. Как указано в 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) и (c), ответчик может приложить юридическое обоснование объемом не более восьми (8) страниц, напечатанное шрифтом 12 пунктов с полями в один дюйм на бумаге размером 8,5 x 11 дюймов (215,9 x 279,4 мм). Юридическое обоснование объемом более восьми (8) страниц не рассматривается, если только ответчик не укажет в письменной форме, почему юридическое обоснование апелляции не удалось изложить на восьми (8) страницах. Юридическое обоснование объемом более пятнадцати (15) страниц не рассматривается ни при каких условиях.

**14. Запись.** Если запись, приведенная в заявлении, составляет полную запись для рассмотрения, оставьте этот раздел пустым. Если запись, приведенная в заявлении, не составляет полную запись для рассмотрения, укажите даты и/или идентификационные номера имеющихся в деле WCB дополнительных слушаний, документов, приложений, других доказательств и протоколов, относящихся к поднятым в заявлении вопросам и основаниям, которые не были приведены в заявлении. Не прикрепляйте и не прилагайте к несогласию с заявлением пересмотре/полном рассмотрении в Совете никакие документы, которые уже имеются в деле в Совете на момент подачи заявления или данного несогласия. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) и (c) Совет имеет право отклонить несогласие, поданное ответчиком или законным представителем ответчика, если к нему приложены документы, уже имеющиеся в деле в Совете на момент подачи данного несогласия.

**15. Вознаграждение адвоката.** Если форма несогласия подается законным представителем заявителя, укажите, требуется ли увеличение размера вознаграждения адвоката. Если да, необходимо приложить и вручить всем сторонам форму OC-400.1 «Заявление на вознаграждение адвоката или представителя заявителя» (Application for a Fee by Claimant's Attorney or Representative) [см. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(v) и 300.17]. Если не запросить дополнительное вознаграждение в форме несогласия с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете и не подать вместе с формой несогласия форму OC-400.1, в дополнительном вознаграждении будет отказано.

**16. Заверение.** Лицо, заполняющее форму, должно поставить подпись и дату (и также указать свои имя и фамилию, должность, номер телефона и адрес) и подтвердить, что несогласие составлено добросовестно в отношении права и фактов, имеет под собой разумные основания и было вручено обязательным заинтересованным сторонам, указанным в разделе «Подтверждение вручения».

**17. Подтверждение вручения.** В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b) (2)(iv) и (c) несогласие должно быть вручено всем обязательным заинтересованным сторонам. Случай отсутствия надлежащего вручения обязательной стороне считается ненадлежащим вручением, и несогласие не может быть рассмотрено Советом. Если несогласие с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете подается страховщиком, самозастрахованным работодателем или другим плательщиком или потенциальным плательщиком, оно должно быть вручено заявителю и законному представителю заявителя, а также другим обязательным заинтересованным сторонам. Вручение считается своевременным, если оно выполнено ответчиком в течение тридцати (30) дней после вручения заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете. Необходимо заполнить подтверждение или affidavit, в котором должны быть указаны способ и дата подачи несогласия в Совет. Ответчик должен использовать только один способ подачи несогласия в Совет. Если ответчик подал дублированные формы несогласия, такая дублированная подача может быть квалифицирована как возбуждение или продолжение вопроса без достаточных оснований, вследствие чего с ответчика может быть взыскан сбор в соответствии с WCL § 114-a(3). В заполненном подтверждении или affidavit должно быть указано, какие документы вручены, имена заинтересованных сторон, которым они вручены, дата и способ вручения для каждой заинтересованной стороны и подтверждение того, что вручение выполнено в течение 30 дней после вручения заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете. Не допускается указывать «См. в приложении» в полях подтверждения или affidavit, в которых указываются способ вручения документов и стороны, которым вручены документы. Если вручение документов определенной стороне произведено по факсу, электронной почте или с помощью другого электронного средства, в подтверждение или affidavit должно быть включено подтверждение того, что сторона, которой документы были вручены таким образом, дала явное разрешение на получение документов таким способом [см. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) и (c)]. Форму несогласия не обязательно вручать каждой стороне одним и тем же способом. Подтверждение должно быть датировано и подписано под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений. Подтверждение может заполнить только адвокат. Affidavit должен быть оформлен под присягой (подписан) в присутствии публичного нотариуса.



## НЕСОГЛАСИЕ С ЗАЯВЛЕНИЕМ О ПЕРЕСМОТРЕ/ПОЛНОМ РАССМОТРЕНИИ В СОВЕТЕ

<b>1. Номер(а) дел(а) WCB</b>	<b>2. Номер(а) дел(а) страховщика</b>	<b>3. Код страховщика</b>	<b>4. Наименование страховщика</b>	<b>5. Дата получения травмы/отпуска</b>
<b>6. Имя и фамилия заявителя</b>			<b>7. Адрес заявителя</b>	
<b>8. Данная форма несогласия подается от имени:</b>				
<b>9. Данное несогласие подается в ответ на заявление о (выберите только один вариант):</b>				
<input type="checkbox"/> Обязательном полном рассмотрении Советом <input type="checkbox"/> Дискреционном полном рассмотрении Советом				
<b>10. Заявление вручено ответчику (мм/дд/гггг):</b>				
<b>11. Дата подачи меморандума о решении (мм/дд/гггг):</b>				
<b>12. В данном несогласии утверждается, что:</b>				
<input type="checkbox"/> Заявление о пересмотре/полном рассмотрении в Совете должно быть отклонено. <input type="checkbox"/> Меморандум о решении должен быть административно исправлен и гласить: _____ <input type="checkbox"/> Меморандум о решении должен быть подтвержден в полном объеме. <input type="checkbox"/> Меморандум о решении должен быть изменен следующим образом: _____				
<b>13. Ответ на вопросы и основания (подробнее см. в инструкциях)</b>				
<b>14. Запись (подробнее см. в инструкциях)</b>				
<b>15. Вы будете запрашивать увеличение размера вознаграждения адвоката? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если выбран ответ «Да», необходимо приложить и вручить сторонам форму ОС-400.1.</b>				
<b>16. Заверение.</b> Подписывая данный документ в соответствующем поле ниже, я подтверждаю, что данное несогласие составлено добросовестно в отношении права и фактов, имеет под собой разумные основания и было вручено всем обязательным заинтересованным сторонам с использованием способа связи (включая фактический адрес, адрес электронной почты или номер факса для вручения), указанный в подтверждении или аффидевите о вручении ниже. Я понимаю, что Совет по компенсациям работникам налагает существенные штрафы за инициирование или продолжение рассмотрения без разумных оснований.				

Подпись лица, заполнившего форму: \_\_\_\_\_ Дата заполнения (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Официальная должность: \_\_\_\_\_ Номер телефона для связи в дневное время: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_



## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРУЧЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 1

#### ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК, ОКРУГ \_\_\_\_\_, а именно: Я, \_\_\_\_\_, являюсь адвокатом, надлежащим образом допущенным к занятиям адвокатской практикой в судах штата Нью-Йорк. Я настоящим подтверждаю под страхом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, что мной выполнены требования к подаче и вручению документов, изложенные в 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) и (3), как это требуется согласно 12 NYCRR 300.13(c), для несогласия с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете способом, указанным в разделе 2 ниже.

Я подтверждаю, что вручение данного несогласия с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, как указано выше, было выполнено в течение 30 календарных дней после вручения заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете.

Дата (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия (печатными буквами): \_\_\_\_\_

#### АФФИДЕВИТ

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК, ОКРУГ \_\_\_\_\_, а именно: Я, \_\_\_\_\_, принеся надлежащую присягу, свидетельствую и заявляю: Я не являюсь заинтересованной стороной заявок, указанных в несогласии с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, и мой возраст старше 18 лет. Я настоящим подтверждаю, что мной выполнены требования к подаче и вручению документов, изложенные в 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) и (3), как это требуется согласно 12 NYCRR 300.13(c), для несогласия с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете способом, указанным в разделе 2 ниже.

Я подтверждаю, что вручение данного несогласия с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете, как указано выше, было выполнено в течение 30 календарных дней после вручения заявления о пересмотре/полном рассмотрении в Совете.

Подписано под присягой в моем присутствии \_\_\_\_\_ числа \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия (печатными буквами): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Публичный нотариус

### РАЗДЕЛ 2

А. Я подал(а) несогласие с заявлением о пересмотре/полном рассмотрении в Совете в Совет (дата в формате мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_ следующим способом (выберите один способ):

- Отправка почтой на почтовый ящик Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Отправка факсом на номер 1-877-533-0337
- Отправка электронной почтой на адрес wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- Ссылка для отправки документов в WCB через Интернет (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Жалоба на дискриминацию в Совет по компенсациям работникам:** Отправка почтой по адресу: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Пособия по нетрудоспособности:** Отправка почтой по адресу: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

В. Я вручил(а) несогласие с заявлением о рассмотрении в Совете (дата в формате мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_ следующим сторонам (при необходимости приложите дополнительные листы):

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ следующим способом (укажите способ): \_\_\_\_\_ по адресу (укажите адрес): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ следующим способом (укажите способ): \_\_\_\_\_ по адресу (укажите адрес): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ следующим способом (укажите способ): \_\_\_\_\_ по адресу (укажите адрес): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ следующим способом (укажите способ): \_\_\_\_\_ по адресу (укажите адрес): \_\_\_\_\_