

## CONSIGNES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE RB-89.1

**AUX INTIMÉS :** Une Réfutation de demande de révision de la Commission doit être déposée dans les 30 jours calendrier suivant la signification de la Demande de révision de la Commission à l'intimé(e). Une réfutation est réputée déposée auprès de la Commission à la date de réception effective de cette demande par la Commission. Conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(c), qui exige que toutes les réfutations soient conformes aux exigences de la règle 12 NYCRR 300.13(b), une réfutation ne peut être déposée qu'à l'adresse postale centralisée de la Commission (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), au numéro de fax centralisé pour les demandes (1-877-533-0337), à l'adresse électronique centralisée pour les demandes ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), ou via le lien de téléchargement du site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Les réfutations relatives à des réclamations pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail doivent être déposées auprès de la Commission par courrier au service de la discrimination de la Commission, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Les réfutations relatives à des réclamations pour prestations d'invalidité (demandes de perte de salaire en raison de blessures ou de maladies non liées au travail) doivent être déposées auprès de la Commission par courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Une copie de cette réfutation doit être signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv). Les réfutations, à moins qu'elles ne soient soumises par un(e) demandeur(euse) non représenté(e), doivent être présentées dans le format prescrit par la présidence, toutes les sections de la réfutation doivent être remplies et tout document juridique joint doit être conforme à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Si vous ne fournissez pas toutes les informations requises par la règle 12 NYCRR 300.13 et les présentes consignes, la réfutation peut ne pas être prise en considération.

**REMARQUE :** Les réfutations de demandes de révision de la Commission ne seront pas acceptées si elles sont remises en main propre un bureau de la Commission. Les réfutations envoyées par courrier ou soumises directement à la Division des révisions administratives seront considérées comme n'ayant pas été déposées auprès de la Commission et ne seront pas prises en compte.

- 1. Numéro(s) de dossier de la WCB.** Saisissez le(s) numéro(s) de dossier de la WCB pour la (les) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Les numéros de dossier de la WCB comprennent le numéro de dossier pour l'indemnisation des accidents du travail, la discrimination, les prestations d'invalidité, la discrimination en lien avec un congé familial payé et les prestations de pompier volontaire et d'ambulancier volontaire.
- 2. Numéro(s) de dossier de l'assureur.** Entrez le(s) numéro(s) de dossier de l'assureur pour la (des) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 3. Code de l'assureur.** Entrez le code de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 4. Nom de l'assureur.** Entrez le nom de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 5. Date de l'accident/du congé.** Indiquez la date à laquelle l'accident est survenu ou la date du début du congé familial payé (si le congé familial payé n'a pas été pris indiquez la date de la plainte pour discrimination).
- 6. Nom du (de la) demandeur(euse).** Entrez le nom complet de l'employé(e).
- 7. Adresse du (de la) demandeur(euse).** Indiquez l'adresse, la ville, l'État et le code postal de l'employé(e).
- 8. Partie déposant cette réfutation.** Indiquez la partie qui dépose cette réfutation.
- 9. Type de demande à laquelle la réfutation répond.** Indiquez si la réfutation est en réponse à une demande 1) de révision d'une décision d'un juge spécialiste du droit des accidents du travail, ou 2) de nouvelle audience ou de réouverture.
- 10. Date de la décision.** Indiquez la date de la décision qui fait l'objet de l'appel.
- 11. Date de signification.** Indiquez la date à laquelle la demande a été signifiée à l'intimé(e).
- 12. Résultat demandé.** Indiquez si la réfutation soutient que 1) la demande doit être rejetée en vertu de la règle 12 NYCRR 300.13(b)(4), 2) la décision du juge spécialiste du droit des accidents du travail doit être corrigée sur le plan administratif et comment elle doit être corrigée, 3) la décision du juge spécialiste du droit des accidents du travail doit être confirmée dans son intégralité ou 4) la décision du juge spécialiste du droit des accidents du travail doit être modifiée et comment elle doit être modifiée.
- 13. Réponse aux questions et aux motifs.** Fournissez une brève déclaration en réponse aux questions et aux motifs soulevés dans la demande, en identifiant toutes les fausses déclarations de fait ou de droit alléguées. Comme le prescrit la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) et (c), l'intimé(e) peut joindre un document juridique de huit (8) pages au maximum, en utilisant une police de 12 points, avec des marges d'un pouce, sur du papier de 8,5 pouces sur 11 pouces. Un mémoire de plus de huit (8) pages ne sera pas pris en considération, à moins que l'intimé(e) ne précise par écrit pourquoi le fondement de l'appel n'aurait pas pu être présenté en huit (8) pages. Un mémoire de plus de quinze (15) pages ne sera en aucun cas pris en considération.

14. **Dossier.** Si le dossier cité dans la demande constitue le dossier complet à réviser, laissez cette section vide. Si le dossier cité dans la demande ne constitue pas le dossier complet à réviser, identifiez par date et/ou numéro(s) d'identification du document, les audiences, documents, pièces à conviction, autres éléments de preuves et transcriptions supplémentaires dans le dossier de la WCB qui sont pertinents par rapport aux questions et motifs soulevés dans la demande et qui n'ont pas été cités dans la demande. N'incluez pas et ne joignez pas à la Réfutation de demande de révision de la Commission tous les documents qui se trouvent dans le dossier de la Commission au moment où la demande a été déposée ou que la réfutation est déposée. La Commission peut rejeter la réfutation d'un(e) intimé(e) ou de son représentant légal qui joint des documents déjà présents dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande ou de la présente réfutation, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) et (c). Ne joignez pas et ne soumettez pas de transcriptions d'enregistrements audio des audiences, car la Commission n'en tiendra pas compte.

15. **Preuves nouvelles et supplémentaires.** Si un(e) intimé(e) cherche à introduire des preuves nouvelles ou supplémentaires avec la Réfutation de demande de révision de la Commission qui n'ont pas été présentées devant le juge spécialiste du droit des accidents du travail, l'intimé(e) doit 1) indiquer sur la réfutation si ces preuves sont jointes à la réfutation ou se trouvent dans le dossier de la Commission, en précisant le numéro d'identification du document applicable, et 2) soumettre un affidavit ou une affirmation exposant les preuves et expliquant pourquoi ces preuves n'ont pas pu être présentées devant le juge spécialiste du droit des accidents du travail. La Commission peut ou non exercer son pouvoir discrétionnaire pour accepter ces preuves. Si l'affidavit ou l'affirmation sous serment n'est pas soumis avec la réfutation, cette preuve nouvelle ou supplémentaire ne sera pas prise en compte par le conseil de la Commission [voir 12 NYCRR 300.13(b)(2)(v) et 300.17].

16. **Objection ou exception.** Si vous cherchez à faire modifier la décision du juge spécialiste du droit des accidents du travail, précisez l'objection ou l'exception qui a été interposée à la décision, et la date à laquelle l'objection ou l'exception a été interposée comme l'exige la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii) et (c). Si l'objection ou l'exception a été interposée lors d'une audience, la date de l'audience à laquelle l'objection ou l'exception a été interposée doit être indiquée. Si l'objection ou l'exception a été interposée lors d'une procédure hors calendrier, la date de la procédure hors calendrier doit être indiquée.

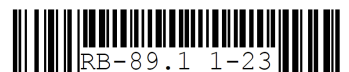
17. **Certification.** Le préparateur doit signer et dater le formulaire (en indiquant également son nom, son titre, son numéro de téléphone et son adresse) certifiant que la réfutation est fondée de bonne foi en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée aux parties intéressées nécessaires dans la section Preuve de signification.

18. **Preuve de signification.** La réfutation doit être signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Le fait de ne pas signifier correctement une partie intéressée nécessaire est considéré comme une signification défectueuse et peut entraîner le rejet de la réfutation par la Commission. Lorsque la Réfutation de demande de révision de la Commission est déposée par l'assureur, l'employeur auto-assuré ou un autre payeur ou payeur potentiel, la signification doit être faite au (à la) demandeur(euse), à son représentant légal et aux autres parties nécessaires. La signification est considérée comme opportune si elle est effectuée par l'intimé(e) dans les trente (30) jours suivant la signification de la Demande de révision de la Commission. L'affirmation ou l'affidavit doit être rempli et doit inclure la méthode par laquelle la réfutation a été déposée auprès de la Commission et la date de dépôt. L'intimé(e) ne doit utiliser qu'une seule méthode pour déposer sa réfutation auprès de la Commission. Si l'intimé(e) dépose une réfutation en double, le doublon peut être considéré comme soulevant ou poursuivant une question sans motif raisonnable, et peut soumettre l'intimé(e) à des évaluations en vertu de l'article 114-a(3) de la loi sur les accidents du travail. L'affirmation ou l'affidavit rempli doit préciser les documents signifiés, les noms des parties intéressées, la date et le mode de signification pour chaque partie intéressée, et indiquer que la signification a été effectuée dans les 30 jours suivant la signification de la Demande de révision de la Commission. Il n'est pas acceptable de compléter la partie de l'affidavit ou de l'affirmation où les personnes signifiées sont énumérées et le mode de signification précisé par la mention « Voir ci-joint ». Si une partie est signifiée par fax, courrier électronique ou autre moyen électronique, l'affirmation ou l'affidavit doit inclure une certification attestant que la partie ainsi signifiée a donné la permission explicite de recevoir la signification par ces moyens [voir 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) et (c)]. Il n'est pas nécessaire que la réfutation soit signifiée à chaque partie de la même manière. L'affirmation doit être datée et signée sous peine de parjure. Seul un avocat peut remplir l'affirmation. L'affirmation doit être assermentée (signée) devant un notaire public.



# RÉFUTATION DE DEMANDE DE RÉVISION DE LA COMMISSION

<b>1. Numéro(s) de dossier WCB</b>	<b>2. Numéro(s) de dossier de l'assureur</b>	<b>3. Code de l'assureur</b>	<b>4. Nom de l'assureur</b>	<b>5. Date de l'accident/du congé</b>
<b>6. Nom du demandeur</b>			<b>7. Adresse du (de la) demandeur(euse)</b>	
<b>8. Cette réfutation est faite au nom de :</b>				
<b>9. Cette réfutation est en réponse à une demande de</b> (choisir UNE SEULE option) : <input type="checkbox"/> Révision de la décision du juge spécialiste du droit des accidents du travail <input type="checkbox"/> Nouvelle audience ou réouverture				
<b>10. Date de dépôt de la décision (mm/jj/aaaa) :</b>				
<b>11. La demande a été signifiée à l'intimé(e) le (mm/jj/aaaa) :</b>				
<b>12. Cette réfutation affirme que :</b>				
<input type="checkbox"/> La demande devrait être rejetée en vertu de la règle 12 NYCRR 300.13(b)(4). <input type="checkbox"/> La décision devrait être corrigée administrativement pour indiquer ce qui suit : _____ <input type="checkbox"/> La décision devrait être confirmée dans son intégralité. <input type="checkbox"/> La décision devrait être modifiée comme suit : _____				
<b>13. Réponse aux questions et aux motifs. Cette réfutation répond à chaque question soulevée comme suit (si vous joignez un document juridique, il ne doit pas dépasser 8 pages, voir les consignes) :</b>				
<b>14. Dossier. Si vous ne vous appuyez pas sur le dossier, identifiez les preuves supplémentaires pertinentes (voir les consignes pour plus de détails) :</b>				
<b>15. Preuves nouvelles et supplémentaires selon la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) (voir les consignes pour plus de détails) :</b>				
<b>16. Objection ou exception. Si la réfutation soutient que la décision doit être modifiée, précisez l'objection ou l'exception interposée à la décision et la date à laquelle elle a été interposée comme l'exige la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iii) et (c) :</b>				



**17. Certification :** En signant le présent document dans l'espace prévu ci-dessous, je certifie que la présente réfutation est fondée en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires en utilisant la méthode de signification, y compris l'adresse réelle, l'adresse électronique ou le numéro de fax où la signification a été transmise, indiquée dans l'affirmation ou l'affidavit de signification ci-dessous. Je comprends que la loi sur les accidents du travail prévoit des sanctions substantielles pour l'engagement ou la poursuite d'une procédure sans motif raisonnable.

Signature du préparateur \_\_\_\_\_ Date de préparation (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## PREUVE DE SIGNIFICATION

### AFFIRMATION

ÉTAT DE NEW YORK, COMTÉ DE \_\_\_\_\_ ss : Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, suis un(e) avocat(e) dûment autorisé(e) à pratiquer le droit dans les tribunaux de l'État de New York. J'affirme par la présente, sous peine de parjure, que j'ai respecté les exigences de dépôt et de signification énoncées dans la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3), comme l'exige la règle 12 NYCRR 300.13(c) pour la Réfutation de demande de révision de la Commission de la manière décrite ci-dessous.

A. J'ai déposé la Réfutation de demande de révision de la Commission le (date - jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ par (choisir une méthode) :

- Courrier à P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Fax au 1-877-533-0337
- Courrier électronique à [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)
- Lien de téléchargement sur le site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Réclamation pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail** : Courrier au service de la discrimination, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Prestations d'invalidité** : Courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. J'ai signifié la réfutation de demande de révision de la Commission le (date - mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_ à (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Je certifie que toute partie signifiée par fax, courrier électronique ou autre moyen électronique a fourni la permission explicite de recevoir la signification par ces moyens.

Je certifie que la signification de la présente Réfutation de demande de révision de la Commission, comme indiqué ci-dessus, a été effectuée dans les trente jours suivant la signification de la Demande de révision de la Commission.

Date (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

### AFFIDAVIT

ÉTAT DE NEW YORK, COMTÉ DE \_\_\_\_\_ ss : Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, dûment assermenté(e), dépose et déclare : Je ne suis pas une partie intéressée par la ou les réclamations énumérées dans la Réfutation de demande de révision de la Commission et j'ai plus de 18 ans. Je certifie par la présente que j'ai respecté les exigences de dépôt et de signification énoncées dans la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3), comme l'exige la règle 12 NYCRR 300.13(c) pour la présente Réfutation de demande de révision de la Commission de la manière décrite ci-dessous.

A. J'ai déposé la Réfutation de demande de révision de la Commission le (date - jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ par (choisir une méthode) :

- Courrier à P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Fax au 1-877-533-0337
- Courrier électronique à [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)
- Lien de téléchargement sur le site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Réclamation pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail** : Courrier au service de la discrimination, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Prestations d'invalidité** : Courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. J'ai signifié la réfutation de demande de révision de la Commission le (date - mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_ à (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Je certifie que toute partie signifiée par fax, courrier électronique ou autre moyen électronique a fourni la permission explicite de recevoir la signification par ces moyens.

Je certifie que la signification de la présente Réfutation de demande de révision de la Commission, comme indiqué ci-dessus, a été effectuée dans les trente jours suivant la signification de la Demande de révision de la Commission.

Déclaré sous serment devant moi en ce \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notaire public