Istruzioni per la compilazione del Modulo RB-89.3

PER L'APPELLATO: L'*Opposizione alla richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board (Modulo RB-89.3)*, di seguito per brevità "l'opposizione", deve essere depositata entro 30 giorni solari dalla notifica della *Richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board (Modulo RB-89.2)*, di seguito denominata "la richiesta" all'appellato. Il *Modulo RB-89.3* si considera depositato presso il Board alla data dell'effettivo ricevimento dell'opposizione da parte del Board. In conformità con 12 NYCRR 300.13(c), che richiede che tutte le opposizioni siano conformi ai requisiti di 12 NYCRR 300.13(b), il *Modulo RB-89.3* può essere inviato solo all'indirizzo di posta elettronica centralizzato per i reclami (wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov) o tramite il link WCB Web Upload (https://wcbdoc.services.conduent.com/). I ricorrenti che non sono rappresentati possono anche inviare per posta il *Modulo RB-89.3* all'indirizzo postale centralizzato del Board (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). I moduli *RB-89.3* relativi alle richieste di indennizzo per discriminazione in materia di assicurazione degli infortuni sul lavoro devono essere depositati presso il Board inviando l'opposizione per posta alla Board's Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. I moduli *RB-89.3* relativi alle richieste di indennizzo depositate per il riconoscimento delle indennità di disabilità (indennizzi per perdita della retribuzione a seguito di infortuni o malattie non collegati all'attività lavorativa) devono essere depositati presso il Board inviando per posta l'opposizione al Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Copia della presente opposizione deve essere notificata a tutti i soggetti interessati ai sensi di 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv). Il *Modulo RB-89.3*, a meno che non venga presentato da un ricorrente non rappresentato, deve essere nel formato stabilito dal Presidente, tutte le sezioni dell'opposizione devono essere compilate e le eventuali memorie dei legali allegate devono soddisfare 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). La mancata indicazione di tutte le informazioni richieste nel modulo può comportare la mancata presa in considerazione dell'opposizione. La mancata indicazione di tutte le informazioni richieste da 12 NYCRR 300.13 e dalle presenti istruzioni può comportare il rigetto della richiesta.

> **NOTA:** Non si accetta l'*Opposizione alla richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* consegnata a mano presso l'ufficio del Board. I moduli *RB-89.3* spediti per posta o consegnati direttamente all'Ufficio del Consigliere generale (Office of General Counsel) non saranno considerati depositati presso il Board e non verranno presi in considerazione.

1. **Numeri di pratica WCB.** Indicare i Numeri di pratica WCB delle richieste di indennizzo oggetto dell'appello. I Numeri di pratica WCB comprendono il numero di pratica per gli indennizzi degli infortuni sul lavoro, le indennità di discriminazione, di disabilità, di discriminazione in materia di congedo familiare retribuito, per i vigili del fuoco volontari e per i volontari che prestano servizio sulle ambulanze.

2. **Numeri di pratica della compagnia assicuratrice.** Indicare il Numero di pratica della compagnia assicuratrice per le richieste di indennizzo oggetto dell'appello. Questa sezione/voce non vale per le richiese di indennizzo per discriminazione.

3. **Codice della compagnia assicuratrice.** Indicare il Codice della compagnia assicuratrice della domanda d'indennizzo oggetto di appello. Questa sezione/voce non vale per le richiese di indennizzo per discriminazione.

4. **Nome della compagnia assicuratrice.** Indicare il nome della compagnia assicuratrice per la domanda d'indennizzo oggetto di appello. Questa sezione/voce non vale per le richiese di indennizzo per discriminazione.

5. **Data dell'infortunio/congedo.** Indicare la data in cui si è verificato l'infortunio o la data di decorrenza del congedo familiare retribuito (se il congedo non è stato riconosciuto, indicare la data del Reclamo per discriminazione).

6. **Nome del ricorrente.** Indicare il nome completo del lavoratore.

7. **Indirizzo del ricorrente.** Indicare via, città, stato e codice postale del lavoratore e l'indirizzo postale se diverso.

8. **Soggetto che deposita la presente opposizione.** Indicare qual è il soggetto che deposita l'opposizione.

9. **Tipo di domanda oggetto di opposizione.** Indicare se l'opposizione è riferita a una richiesta di 1) Revisione integrale obbligatoria da parte del Board o di 2) Revisione integrale a discrezione del Board.

10. **Data di deposito del Verbale della decisione della commissione del Board.** Indicare la data della decisione oggetto di appello.

11. **Data di notifica.** Indicare la data in cui la *Richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* è stata notificata all'appellato.

12. **Esito richiesto.** Indicare se l'opposizione contesta che 1) la *Richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* deve essere respinta ai sensi di 12 NYCRR 300.13(b)(4), 2) il Verbale della decisione deve essere corretto dal punto di vista amministrativo e come, 3) il Verbale della decisione deve essere interamente confermato o 4) il Verbale di decisione deve essere modificato e come.

13. **Risposta alla contestazione e motivazioni.** Inserire una breve dichiarazione in risposta alla contestazione e motivazioni indicate nella richiesta, evidenziando le eventuali affermazioni errate in fatto e in diritto. Ai sensi di 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) e (c), un appellato può allegare una breve memoria di non più di 8 (otto) pagine scritta con carattere corpo 12, un pollice di margine su carta da 8,5 o 11 pollici. Le memorie di più di otto (8) pagine non verranno prese in considerazione, a meno che l'appellato non specifichi per iscritto perché per la giustificazione dell'appello non sarebbero state sufficienti otto (8) pagine. Le memorie di più di quindici (15) pagine non verranno prese in considerazione in nessun caso.

14. **Documentazione.** Se la documentazione citata nella richiesta costituisce l'intera documentazione da riesaminare non compilare questa sezione. Se la documentazione citata nella richiesta non costituisce l'intera documentazione da riesaminare indicare, mediante la data e/o i numeri d'identificazione del documento, ulteriori udienze, documenti, allegati, altre prove e trascrizioni del fascicolo del Board pertinenti ai fini della contestazione e delle motivazioni sollevate nella richiesta non citati nella stessa. Non inserire e non allegare all'*Opposizione alla richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* documenti contenuti nel fascicolo del Board al momento del deposito della richiesta o della presente opposizione. Il Board può respingere un'opposizione da parte di un appellato o da un suo legale rappresentante se vengono allegati documenti contenuti nel fascicolo del Board al momento della richiesta o del deposito della presente opposizione in conformità a 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) and (c).

15. **Certificazione.** Il compilatore deve firmare e datare il modulo (indicando anche nome, qualifica, numero di telefono e indirizzo) dichiarando la buona fede dell'opposizione in fatto e diritto, che la stessa è basata su ragionevoli motivi e che è stata notificata a tutte le parti interessate indicate nella sezione Prova di avvenuta notifica.

16. **Prova di avvenuta notifica.** L'opposizione deve essere notificata a tutte le parti interessate ai sensi di 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) e (c). La mancata notifica a tutte le parti interessate sarà considerata notifica irregolare e l'opposizione potrebbe non essere presa in considerazione dal Board. Quando l'*Opposizione alla richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* viene depositata da una compagnia assicuratrice, un lavoratore autonomo o altro soggetto effettivo o potenziale tenuto al pagamento, la notifica deve essere fatta al ricorrente, al rappresentante legale del ricorrente e ad altre parti interessate. La notifica è considerata effettuata nei termini da parte dell'appellato entro 30 (trenta) giorni dalla notifica della *Richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board*. La relata deve essere compilata e deve contenere l'indicazione del metodo di deposito dell'opposizione presso il Board e la relativa data. L'appellato deve utilizzare un solo metodo per depositare l'opposizione presso il Board. Se l'appellato deposita più di un'opposizione, gli ulteriori depositi possono essere considerati sollevare una nuova contestazione o portarne avanti una già depositata senza giustificato motivo e possono essere soggetti alla valutazione dell'appellato ai sensi di WCL § 114-a(3). Nella relata compilata devono essere indicati i documenti notificati, i nomi delle parti interessate notificate, la data e il metodo di notifica per ognuna di esse e che la notifica è stata effettuata entro 30 giorni dalla notifica della *Richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board*. Non è ammesso compilare la parte della relata in cui vengono indicate le parti notificate e il metodo di notifica con la dicitura "Vedere allegato". Se una parte viene notificata per posta elettronica o altro metodo telematico la relata deve contenere la certificazione che la parte così notificata ha espresso il consenso a ricevere la notifiche con tali mezzi [vedere 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) e (c)]. Non è obbligatorio notificare l'opposizione a tutte le parti interessate utilizzando lo stesso metodo. La relata deve essere datata e firmata a pena di spergiuro.

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Opposizione alla richiesta di riesame/ Revisione integrale da parte del Board

PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

www.wcb.ny.gov

1. Numeri di pratica WCB	2. Numeri di pratica della compagnia assicuratrice	3. Codice della compagnia assicuratrice	4. Nome della compagnia assicuratrice	5. Data dell'infortunio/ Congedo

6. Nome del ricorrente	7. Indirizzo del ricorrente

8. La presente opposizione viene presentata per conto di:

9. La presente opposizione è in risposta a una richiesta di (una sola risposta):

- ☐ Revisione integrale obbligatoria da parte del Board
- ☐ Revisione integrale a discrezione del Board

10. Data di deposito del Verbale di decisione (mm/gg/aaaa):

11. La richiesta è stata notificata all'appellato il (mm/gg/aaaa):

12. Nell'opposizione si sostiene che:

- ☐ *La Richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* dev'essere respinta.
- ☐ Il Verbale di decisione deve essere corretto dal punto di vista amministrativo come segue: _____
- ☐ Il Verbale di decisione deve essere completamente confermato.
- ☐ Il Verbale di decisione deve essere modificato come segue: _____

13. Risposta alla contestazione e motivazioni (per ulteriori informazioni leggere le istruzioni):

14. Se non si ritiene sufficiente la documentazione indicare gli ulteriori elementi di prova (per ulteriori informazioni leggere le istruzioni):

15. Certificazione: Firmando il presente documento nell'apposito spazio sottostante certifico che la presente richiesta viene fatta in buona fede in fatto e in diritto, è stata formulata sulla base di ragionevoli motivazioni ed è stata notificata a tutte le parti interessate con le modalità - compreso l'indirizzo effettivo al quale è stata trasmessa - elencate nella sottostante relata. Sono a conoscenza del fatto che la Legge sull'indennizzo degli infortuni sul lavoro prevede gravi sanzioni per chi avvia e insiste nei procedimenti senza giustificato motivo e/o per prendere tempo. Sono consapevole che qualora la presente richiesta venisse ritirata per qualsiasi ragione o alcune delle contestazioni sollevate dovessero essere risolte tra le parti si dovrà darne immediata comunicazione al Board e alle parti interessate con notifica scritta.

Firma del compilatore: _____ Data di compilazione (mm/gg/aaaa): _____

Nome in stampatello: _____ Qualifica: _____ Numero di telefono: _____

Indirizzo: _____

L'ENTE PER L'E INDENNIZZO DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO ASSUME E ASSISTE SENZA FARE DISCRIMINAZIONI
LE PERSONE CON DISABILITÀ

RB-89.3I 5-26

Prova di avvenuta notifica

Relata di notifica

Con la presente dichiaro, sotto pena di spergiuro, di aver adempiuto ai requisiti di deposito e notifica previsti in 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) e (3) per la presente *Opposizione alla richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* con le modalità sotto indicate e do atto che il presente documento potrà essere depositato nelle azioni e nei procedimenti legali presso i tribunali.

A. Ho presentato l'*Opposizione alla richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* presso il Board il (**data - mm/gg/aaaa**) _____ tramite (**scegliere un solo metodo**):

- ☐ Posta ordinaria a PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (solo per i ricorrenti non rappresentati)
- ☐ Posta elettronica a wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov
- ☐ Collegamento di upload sul sito WCB (https://wcbdoc.services.conduent.com)
- ☐ **Richiesta di indennizzo per discriminazione in caso di infortunio sul lavoro**: Posta ordinaria a Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- ☐ **Indennità di invalidità**: Posta ordinaria: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Ho notificato l'*Opposizione alla richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board* il (**data - mm/gg/aaaa**) _____ ai soggetti di seguito indicati (se necessario, allegare ulteriori fogli):

Nome: _____ tramite (metodo): _____ in (indirizzo): _____

Nome: _____ tramite (metodo): _____ in (indirizzo): _____

Nome: _____ tramite (metodo): _____ in (indirizzo): _____

Nome: _____ tramite (metodo): _____ in (indirizzo): _____

Nome: _____ tramite (metodo): _____ in (indirizzo): _____

Nome: _____ tramite (metodo): _____ in (indirizzo): _____

Nome: _____ tramite (metodo): _____ in (indirizzo): _____

Nome: _____ tramite (metodo): _____ in (indirizzo): _____

Certifico che la notifica della presente *Opposizione alla richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board*, come sopra indicato è stata effettuata entro trenta giorni dalla notifica della *Richiesta di riesame/Revisione integrale da parte del Board.*

Data (mm/gg/aaaa): _____ Firma: _____

Nome in stampatello: _____