

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ RB-89

ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ. Заявление о рассмотрении в Совете (Application for Board Review) должно быть подано в течение 30 календарных дней после даты оформления решения судьи по делам о компенсациях работникам (WCLJ). Датой подачи заявления в Совет считается дата фактического получения заявления Советом. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(3) и определением Председателя заявление можно подать в Совет 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) или с использованием ссылки для отправки документов в WCB через Интернет (<https://wcbdoc.services.conduit.com/>). Для подачи в Совет жалоб на дискриминацию в связи с компенсациями работникам необходимо отправить заявление по почте на адрес: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Для подачи в Совет заявки на получение пособий по нетрудоспособности (заявки на компенсацию за неполученную заработную плату в связи с травмами или заболеваниями, не связанными с работой) необходимо отправить заявление почтой по адресу: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) копия этого заявления должна быть вручена всем необходимым заинтересованным сторонам. Кроме случаев, когда заявление подается заявителем, не имеющим законного представителя, заявления должны быть поданы в формате, определенном Председателем, все разделы заявления должны быть заполнены, а приложенное юридическое обоснование (если имеется) должно соответствовать 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Непредоставление всей обязательной информации, как это предусмотрено в 12 NYCRR 300.13 и в настоящих инструкциях, может привести к отклонению заявления.

ПРИМЕЧАНИЕ. Заявления о рассмотрении в Совете, доставленные вручную в офис Совета, не принимаются. Заявления, отправленные почтой или принесенные непосредственной в Отдел административного рассмотрения (Administrative Review Division), считаются не поданными в Совет и не рассматриваются.

ДЛЯ ВСЕХ ДРУГИХ СТОРОН. Несогласие (если подается) с данным Заявлением должно быть вручено Совету в течение 30 календарных дней после даты вручения Заявления сторонам, как это указано в разделе «Подтверждение вручения» в форме RB-89 в соответствии с 12 NYCRR 300.13(c).

- 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 первоначальную 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. Сторона, подающая апелляцию.** Укажите, какая сторона подает данное Заявление о рассмотрении в Совете.
- 9. Тип апелляции.** Укажите, запрашивается ли в заявлении 1) пересмотр решения судьи по делам о компенсациях работникам (WCLJ) или 2) повторное слушание или повторное открытие дела.
- 10. Дата решения.** Укажите дату решения, по которому подается апелляция.
- 11. Укажите вопросы, подлежащие разрешению.** Укажите вопросы, которые подлежат рассмотрению.
- 12. Основание апелляции.** Кратко опишите конкретные основания, на которых базируется апелляция, в том числе оспариваемые конкретные решения по вопросам факта и/или предполагаемые правовые ошибки. Общих утверждений, которые не акцентируют внимание Совета на рассматриваемых вопросах, недостаточно. Как указано в 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i), апеллянт может приложить юридическое обоснование объемом не более восьми (8) страниц, напечатанное шрифтом 12 пунктов с полями 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 апеллянт 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.

13. Даты слушаний, протоколы, документы, приложения и другие доказательства. Укажите дату слушания (даты слушаний), на котором (которых) данный вопрос был поставлен перед судьей по делам о компенсациях работникам (WCLJ), а также другие релевантные даты слушаний. Указав даты и/или номера документов, перечислите протоколы, документы, отчеты, приложения и другие доказательства, имеющиеся в деле Совета, относящиеся к вопросам и основаниям, предлагаемым для рассмотрения. Если протокола нет, укажите это. Не прикрепляйте и не прилагайте к Заявлению о рассмотрении в Совете никакие документы, которые уже имеются в деле в Совете на момент подачи заявления. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) Совет имеет право отклонить Заявление о рассмотрении в Совете, поданное апеллянтом или юридическим представителем апелланта, если к нему приложены документы, уже имеющиеся в деле в Совете на момент подачи заявления. Не прилагайте и не отправляйте расшифровки аудиозаписей слушаний, так как Совет их не рассматривает.

14. Новое и дополнительное доказательство. Если апеллонт хочет отправить с заявлением о рассмотрении в Совете новое или дополнительное доказательство, которое не было представлено судьей по делам о компенсациях работникам (WCLJ), апеллонт должен: 1) указать, прилагается ли такое доказательство к Заявлению или имеется в деле в Совете и указать номер соответствующего документа, и 2) отправить affidavit или подтверждение под присягой с описанием этого доказательства и объяснением, почему такое доказательство не было представлено судьей по делам о компенсациях работникам (WCLJ). Совет может принять или не принять такое доказательство по своему усмотрению. Если affidavit или подтверждение под присягой не отправлено вместе с заявлением, такое новое или дополнительное доказательство не рассматривается коллегией Совета [см. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii)].

15. Возражение или исключение. Укажите возражение или исключение, которое было представлено в связи с решением, и дату представления возражения или исключения, как это предусмотрено в 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii). Если возражение или исключение было представлено на слушании, необходимо указать дату слушания, на котором возражение или исключение было представлено. Если возражение или исключение было представлено на внеочередном заседании, необходимо указать дату этого внеочередного заседания [12 NYCRR 300.13(b)(4)(v)(a), (b) и (c)].

16. Компенсационные выплаты. Если заявление подается страховщиком или самозастрахованным работодателем, укажите, выплачиваются ли компенсационные пособия в период рассмотрения заявления. Если нет, укажите дату, когда выплата компенсационных пособий была приостановлена в соответствии с WCL § 23. Если да, укажите размер выплачиваемых компенсационных пособий. Если продолжается выплата компенсационных пособий, размер которых меньше назначенного пособия, укажите дату, когда размер выплат был уменьшен. Если выплата пособий приостановлена, укажите оспариваемый вопрос, на основании которого приостановлена выплата пособий. Этот раздел (пункт) не относится к жалобам на дискриминацию.

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

18. Подтверждение вручения. В соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) заявление должно быть вручено всем необходимым заинтересованным сторонам. Случай отсутствия надлежащего вручения обязательной стороне считается ненадлежащим вручением, и заявление может быть отклонено Советом. Если заявление о 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 апеллянтом в течение тридцати (30) дней после регистрации решения Советом. Необходимо заполнить подтверждение или affidavit, в котором должны быть указаны способ и дата подачи заявления в Совет. Апеллонт должен использовать только один способ подачи заявления в Совет. Если апеллонт подал дублированные заявления, такая дублированная подача может быть квалифицирована как возбуждение или продолжение вопроса без достаточных оснований, вследствие чего с апелланта 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 даты регистрации решения, которое является предметом заявления. 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)]. Заявление 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.



1. Номер(а) дел(а) WCB	2. Номер(а) дел(а) страховщика	3. Код страховщика	4. Наименование страховщика	5. Дата получения травмы/отпуска
6. Имя и фамилия заявителя		7. Адрес заявителя		
8. Это заявление подается от имени:				
9. Тип заявления (отметьте ТОЛЬКО один вариант): <input type="checkbox"/> Пересмотр решения WCLJ <input type="checkbox"/> Повторное слушание или открытие				
10. Дата решения (мм/дд/гггг):				
11. Укажите вопросы, подлежащие разрешению:				
12. Основание апелляции. Данное заявление о рассмотрении базируется на следующих основаниях (если вы приложили юридическое обоснование, его объем не может превышать 8 страниц, подробнее см. в инструкциях):				
13. Даты слушаний, протоколы, документы, приложения и другие доказательства (подробнее см. в инструкциях):				
14. Новое и дополнительное доказательство согласно 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) (подробнее см. в инструкциях):				
15. Возражение или исключение. Укажите возражение или исключение, которое было представлено в связи с решением, И дату его представления, как это предусмотрено в 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii).				
16. Продолжаются ли компенсационные выплаты в период рассмотрения заявления? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если выбран ответ «Нет», то дата приостановки выплат (мм/дд/гггг): Если выбран ответ «Да», в каком размере? Если размер уменьшен, дата уменьшения размера (мм/дд/гггг): Укажите оспариваемый вопрос, на основании которого приостановлена выплата пособий:				



17. Заверение. Подписывая данный документ в соответствующем поле ниже, я подтверждаю, что данное заявление 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 и/или с целью затягивания. Я понимаю, что в случае, если данное заявление будет отозвано по какой-либо причине или если какой-либо из поднятых вопросов разрешен сторонами, я обязан(а) немедленно уведомить об этом в письменной форме Совет и обязательные заинтересованные стороны, которым вручены документы.

Подпись заполняющего лица _____ Дата заполнения (мм/дд/гггг): _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Должность: _____ Номер телефона: _____

Адрес: _____

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРУЧЕНИЯ

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), для данного заявления о рассмотрении в Совете способом, указанным ниже.

A. Я подал(а) заявление о 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

B. Я вручил(а) заявление 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): _____

Я подтверждаю, что все стороны, которым документы вручены по факсу, электронной почте или иными электронными средствами, предоставили явное разрешение на вручение документов таким образом.

Я подтверждаю, что вручение данного заявления о рассмотрении в Совете, как указано выше, было выполнено в течение тридцати дней после регистрации решения, которое является предметом данного заявления.

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 заявки, указанной в заявлении о 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), для данного заявления о рассмотрении в Совете способом, указанным ниже.

A. Я подал(а) заявление о 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

B. Я вручил(а) заявление 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): _____

Я подтверждаю, что все стороны, которым документы вручены по факсу, электронной почте или иными электронными средствами, предоставили явное разрешение на вручение документов таким образом.

Я подтверждаю, что вручение данного заявления о рассмотрении в Совете, как указано выше, было выполнено в течение тридцати дней после регистрации решения, которое является предметом данного заявления.

Подписано под присягой в моем присутствии _____ числа _____ Подпись: _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Публичный нотариус