





1. رقم (أرقام) حالة WCB	2. رقم (أرقام) حالة الناقل	3. رمز الناقل	4. اسم الناقل	5. تاريخ الإصابة/الإجازة
6. اسم المدعي		7. عنوان المدعي		
8. تم تقديم هذا الطعن نيابة عن:				
9. يأتي هذا الطعن رداً على طلب ل (حدد واحد فقط): مراجعة قرار WCLJ إعادة التمتع أو إعادة فتح				
10. تاريخ تقديم القرار (شهر/يوم/سنة):				
11. تم تقديم الطلب إلى المدعي عليه في (شهر/يوم/سنة):				
12. ويؤكد هذا الرد ما يلي: يجب رفض الطلب بموجب المادة 12 (NYCRR 300.13(b)4). يجب تصحيح القرار إدارياً التصحيح في النحو التالي: يجب تعديل القرار ليصبح القرار التالي: يجب تعديل القرار ليصبح القرار التالي:				
13. الرد على القضايا والأسباب. يرد هذا الطعن على كل قضية مذكورة على النحو التالي (إذا قمت بتضمين ملخص قانوني، فيجب ألا يزيد عن 8 صفحات؛ راجع التعليمات):				
14. السجل. إذا لم تعتمد على السجل، فحدد الأدلة الإضافية ذات الصلة (راجع التعليمات للحصول على التفاصيل):				
15. أدلة جديدة وإضافية بموجب القانون (iii)(1)(b)12 NYCRR 300.13 (راجع التعليمات للحصول على التفاصيل):				
16. الاعتراض أو الاستثناء. إذا كان الطعن يدعي أنه يجب تعديل القرار، فحدد الاعتراض أو الاستثناء المقدم على الحكم وتاريخ تقديمه كما هو مطلوب بموجب المادة 12 من قانون NYCRR 300.13(ب)(2)(iii) و(c):				

**17. التصديق:** بتوقيعي على هذا المستند في المساحة المتوفرة أدناه، أقر بأن هذا الطلب يستند إلى أساس قانوني وواقعي حسن النية، وقد تم تقديمه بناءً على أسباب معقولة، وقد تم تقديمه إلى جميع الأطراف المعنية الضرورية باستخدام طريقة الخدمة، بما في ذلك العنوان الفعلي الذي تم إرسال الخدمة إليه المذكور في إقرار الخدمة أدناه. أفهم أن قانون تعويضات العمال ينص على عقوبات كبيرة لتقديم أو متابعة الإجراءات بدون أسباب معقولة و/أو لأغراض التأخير. أفهم أنه إذا تم سحب هذا الطلب لأي سبب أو إذا تم حل أي من المسائل المثارة من قبل الأطراف، يجب علي إخطار المجلس والأطراف المعنية الضرورية بشكل فوري وبالكتابة.

توقيع المعد: \_\_\_\_\_ تاريخ التحضير \_\_\_\_\_

(شهر/يوم/سنة): \_\_\_\_\_

الاسم مطبوع: \_\_\_\_\_ اللقب: \_\_\_\_\_ رقم \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

## إثبات الخدمة

## الإقرار

أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين بأنني قد امتثلت لمتطلبات التقديم والخدمة كما هو موضح في (iv)(2)(b) 12NYCRR 300.13 و (3) لهذا الطلب لإعادة النظر / مراجعة مجلس الإدارة الكامل بالطريقة الموضحة أدناه، وأفهم أن هذا المستند قد يُقدم في دعوى أو إجراء في المحكمة.

أ. قدمت طلب مراجعة المجلس إلى المجلس في (التاريخ - شهر/يوم/سنة) بواسطة (اختر طريقة واحدة):

البريد إلى صندوق بريد 5205، Binghamton، NY 13902 (للمدعين غير الممثلين فقط)

البريد الإلكتروني إلى [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)

رابط تحميل WCB على الويب (https://wcbdoc.services.conduent.com)

مطالبة تمييز تعويضات العمال: أرسل إلى وحدة التمييز، صندوق بريد 9029، Endicott، NY 13761-9029

مزيا العجز: أرسل إلى مكتب مزيا العجز، صندوق بريد 9029، Endicott، NY 13761-9029

ب. قمت بتقديم طلب مراجعة المجلس في (التاريخ - شهر/يوم/سنة) إلى (أرفق أوراق إضافية إذا لزم الأمر):

الاسم: \_\_\_\_\_ بواسطة (الطريقة): \_\_\_\_\_ في (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ بواسطة (الطريقة): \_\_\_\_\_ في (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ بواسطة (الطريقة): \_\_\_\_\_ في (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ بواسطة (الطريقة): \_\_\_\_\_ في (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ بواسطة (الطريقة): \_\_\_\_\_ في (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ بواسطة (الطريقة): \_\_\_\_\_ في (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ بواسطة (الطريقة): \_\_\_\_\_ في (العنوان): \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ بواسطة (الطريقة): \_\_\_\_\_ في (العنوان): \_\_\_\_\_

أشهد أن أي طرف تم تقديم الخدمة له عبر البريد الإلكتروني أو وسائل إلكترونية أخرى قد منح إذنًا صريحًا لتلقي الخدمة بهذه الوسائل.

أشهد أن خدمة هذا الطلب لإعادة النظر / مراجعة مجلس الإدارة الكامل، كما هو موضح أعلاه، قد تم إكمالها خلال ثلاثين يومًا من تقديم القرار الذي هو موضوع هذا الطلب.

التاريخ (شهر/يوم/سنة): \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

الاسم مطبوع: \_\_\_\_\_