

طلب إعادة
النظر/مراجعة مجلس الإدارة الكامل



1. رقم/أرقام قضية WCB	2. رقم/أرقام قضية الناقل	3. رمز الناقل	4. اسم الناقل	5. تاريخ الإصابة/الإجازة
6. اسم المدعي		7. عنوان المدعي		
8. هذا الطلب مقدم نيابة عن:				
9. طلب إعادة النظر / مراجعة مجلس الإدارة الكامل بموجب المادتين 32 و (2) 142 من قانون تعويضات العمال هو: <input type="checkbox"/> لزامي (كان قاك اعتراض غيبون ي فقطلى الإحل إل ي خ تصاصي ج اي د) <input type="checkbox"/> اختياري				
10. تاريخ تقديم مذكرة قرار لجنة المجلس (شهر/يوم/سنة):				
11. العالج المطلوب هو: <input type="checkbox"/> ضحي إداري لمذكرة القرار <input type="checkbox"/> نقض مذكرة القرار <input type="checkbox"/> تعديل مذكرة القرار <input type="checkbox"/> إلغاء مذكرة القرار				
12. الحالة الحالية للقضية هي (حدد واحداً): <input type="checkbox"/> مرفوضة <input type="checkbox"/> نهتة				
13. حدد المسألة/المسائل المحددة للمراجعة:				
14. أساس الاستئناف يتند هذا لطلب لمر اجعة للعبس الت الية فم كن رفاق أوراق لبرفلة، بحد أقصى 8 صفحات):				
15. تواريخ الجلسات، المحاضر، الوثائق، المعروضات، والأدلة الأخرى. (راجع التعليمات التفصيلية):				
16. هل تم تقديم استئناف لمذكرة القرار إلى الدائرة الاستئنافية للمحكمة العليا، الدائرة الثالثة، أو سيتم تقديمه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ال				

17. التصديق بقوي عي على هذا التمدد في المساحة وتوفر أدناه قبل بأن هذا الطلب يتخذ إلى أنس قانوني ولق عي حسن النية، ويقدم بتقدي مجبناً على أساس عدم قبوله وقد
م بتقدي م إلى ج م عي الأطراف لوي عي قاض روية سيالت خدام طويقة الخدمة، باعفي ذلك لظن اعن وانقل على الذي يتم إرسال الخدمة إلى له لم ذلك في إقرار الخدمة أدن أفهم أن قانون
ت عوي ضرات ال عمل عي على عيوب انك في إتق د عي أو متعلقة الإجراءك بدوئين باب م ع قولة و/أو أخل اضلال تلغ ير. فله من له إذا تم سحب هذا الطلب أي سبب أو إذا تم حل أي من
المسائل المثارة من قبل الأطراف، يجب على أي إخطار المجلس ولأطراف الم عوي الضروري قبيل فوري والاحتساب.

توق ي ع ل م ع د: _____
الاسم مطبوع: _____ للقب: _____
رقم الهاتف: _____
تاريخ الخاضع فيه (شهر/يوم/سنة): _____
العنوان: _____

إثبات الخدمة

الإقرار

أقر بموجب عقوبات حن مثال يين بيأري قدام مثل تل م طلب اليتقدي موال خدمة كما موضح في (iv)(2)(b) 12NYCRR 300.13 و (3) له هذا الطلب لاعاد لظن ظر/مراجعة
مجلس الإدارة للكام لبال طويقة لاموضحة أفاه، فله م أن هذا المين تدق عي د عي دعوى أو إجرا عي لام لخدمة.

أقدمت طلب مراجع ملامجلس ال ل فم ل س 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

رابط ترحيل WCB على الويب (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

مطالبة تمييز تعويضات العمال: أرسل إلى وح لقت م تهيئ ص ن ذ ق بويدي 9029، Endicott، NY 13761-9029

مزايا العجز: أرسل إلى مكتب مزي الاعجز ص ن ذ ق بويدي 9029، Endicott، NY 13761-9029

قبته بتقدي م طلب مراجع ال م ل س في (التاريخ - شهر/يوم/سنة) إلى (فق أوضاع افية إذالزم ال م ر): _____

للسم: _____ بواسطة (لطيفة): _____ في الإعر وان): _____

للسم: _____ بواسطة (لطيفة): _____ في الإعر وان): _____

للسم: _____ بواسطة (لطيفة): _____ في الإعر وان): _____

للسم: _____ بواسطة (لطيفة): _____ في الإعر وان): _____

للسم: _____ بواسطة (لطيفة): _____ في الإعر وان): _____

للسم: _____ بواسطة (لطيفة): _____ في الإعر وان): _____

للسم: _____ بواسطة (لطيفة): _____ في الإعر وان): _____

للسم: _____ بواسطة (لطيفة): _____ في الإعر وان): _____

لش مد أن أي طرف متمتق في م ل خدم قله عي له يدي الإلكتروني أو وسائل الإلكتروني أ خرى قد فح إن اصري ح التتقي لخدم ق ب ل ه وس ائل.

لش مد أن خدمة هذا الطلب لاعاد لظن ظر/مراجعة مجلس الإدارة للكام ل كما موضح أع ل قد تم الكمل له لئال لئالني جيو من تقدي م القرار الذي موضح هذا الطلب.
للتقوي ع: _____

الاسم مطبوع: _____