

## INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE RB-89.2

**AU DEMANDEUR :** Une *Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission (Formulaire RB-89.2)*, ou autrement dit « la demande », doit être déposée dans les 30 jours qui suivent l'avis de dépôt du Mémoire de la Décision du Panel de la Commission auprès du Secrétaire de la Commission. Le *formulaire RB-89.2* est considéré être déposé auprès de la Commission lorsqu'il est effectivement reçu par la Commission. Conformément à l'article 300.13(b)(3) du titre 12 NYCRR et à la désignation du Président, le *Formulaire RB-89.2* ne peut être déposé qu'à l'adresse électronique centralisée pour les demandes d'indemnisation ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), ou par le biais du lien de téléchargement sur le site web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Les demandeurs non représentés peuvent également envoyer le *Formulaire RB-89.2* à la Commission à l'adresse postale Centralisée de la Commission (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Les Formulaires *RB-89.2* relatifs aux demandes d'indemnisation pour discrimination doivent être déposés auprès de la Commission en envoyant la demande par courrier à l'Unité de Discrimination de la Commission, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Les Formulaires *RB-89.2* relatifs à des demandes de prestations d'invalidité (demandes de compensation pour perte de salaire due à des blessures ou à des maladies non liées au travail) doivent être déposés auprès de la Commission en envoyant la contestation au Bureau des Prestations d'Invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Une copie de cette demande doit être remise à toutes les parties intéressées conformément à l'article 300.13(b)(1)(iv) du titre 12 NYCRR. Le *Formulaire RB-89.2*, à moins qu'il ne soit soumis par un demandeur non représenté, doit être présenté dans le format prescrit par le président, toutes les sections de la demande doivent être complétées et tout document juridique joint doit être conforme à l'article 300.13(b)(1)(i) du titre 12 NYCRR. Si toutes les informations requises par l'article 300.13 du titre 12 NYCRR et les présentes instructions ne sont pas fournies, la demande peut ne pas être prise en considération.

**REMARQUE :** Les *Demandes de Reconsidération/Révision Complète par la Commission* ne seront pas acceptées si elles sont remises en main propre à un bureau de la Commission. Les formulaires *RB-89.2* envoyés par la poste ou soumis directement au Bureau de l'Avocat Général seront considérés comme n'ayant pas été déposés auprès de la Commission et ne seront pas pris en considération.

**À TOUTES LES AUTRES PARTIES :** Toute *Contestation de la Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission (Formulaire RB-89.3)* doit être notifiée à la Commission dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle la demande a été notifiée aux parties, comme indiqué dans la section Preuve de Notification du formulaire *RB-89.2*, conformément à l'article 300.13(c) du titre 12 NYCRR.

- 1. Numéro(s) de Dossier de la WCB.** Indiquez le(s) Numéro(s) de Dossier de la Commission des Accidents du Travail (WCB) de la (des) demande(s) concernée(s) par le recours. Le(s) Numéro(s) de Dossier de la WCB comporte(nt) le numéro de dossier pour la compensation des accidents du travail, la discrimination, les prestations d'invalidité, la discrimination liée au congé familial payé, les prestations des pompiers volontaires et des ambulanciers volontaires.
- 2. Numéro(s) de Dossier de l'Assureur.** Indiquez 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.** Indiquez 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.** Indiquez 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 initiale de l'accident ou la date du début du congé familial payé (si le congé familial payé n'a pas été pris, indiquez la date de la réclamation pour discrimination).
- 6. Nom du Demandeur.** Indiquez le nom complet de l'employé.
- 7. Adresse du Demandeur.** Indiquez l'adresse, la ville, l'État et le Code Postal de l'employé, ainsi que son adresse postale si elle est différente.
- 8. Partie Sollicitant l'Appel.** Indiquez la partie qui sollicite l'appel ou qui dépose la présente *Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission*.
- 9. Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission.** Indiquer si la demande est 1) obligatoire ou 2) discrétionnaire.
- 10. Date de dépôt du Mémoire de la Décision du Panel de la Commission.** Indiquez la date de la décision faisant l'objet de l'appel.
- 11. Mesure Corrective Recherchée.** Indiquez le type de mesure corrective recherchée.
- 12. Statut Actuel de l'Affaire.** Indiquer l'état d'avancement de l'affaire.
- 13. Préciser le(s) Point(s) à Réviser.** Indiquez le(s) point(s) spécifique(s) à examiner.
- 14. Motifs de l'Appel.** Indiquer brièvement les motifs particuliers sur lesquels est fondé l'appel, y compris les constatations de fait spécifiques qui sont contestées et/ou les erreurs de droit qui sont alléguées. Les allégations générales qui n'attirent pas spécifiquement l'attention de la Commission sur les questions à trancher sont insuffisantes. Des feuilles supplémentaires peuvent être jointes, jusqu'à un maximum de huit (8) pages.

**15. Dates d'Audience, Transcriptions, Documents, Pièces et Autres Éléments de Preuve.** Faire référence au dossier, ou à la partie du dossier qui est pertinente pour les problèmes et les motifs soulevés dans la présente demande. Indiquez la ou les dates d'audience auxquelles la ou les problèmes ont été soulevés devant le Juge de la Loi sur l'Indemnisation des Accidents du Travail (WCLJ), ainsi que toute autre date d'audience pertinente. Identifiez par la date et/ou le(s) numéro(s) d'identification du document, les transcriptions, documents, rapports, pièces et autres éléments de preuve dans le dossier de la Commission qui sont pertinents pour les problèmes et les motifs soulevés dans la demande de révision. Si le procès-verbal n'est pas transcrit, veuillez l'indiquer. N'incluez pas ou ne joignez pas à cette demande des documents qui sont présents dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande.

**16. Appel Devant la Division d'Appel de la Cour Suprême, Troisième Département.** Indiquez si un recours contre le mémorandum de décision sera/a été introduit devant la division d'appel de la Cour Suprême, troisième département.

**17. Attestation.** Le préparateur doit signer et dater le formulaire (en indiquant également son nom, son titre, son numéro de téléphone et son adresse) et certifier que la contestation est fondée en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été notifiée aux parties intéressées dans la section Preuve de Notification.

**18. Preuve de Notification.** La demande doit être notifiée à toutes les parties intéressées nécessaires conformément à l'article 300.13(b)(2) (iv) et (c) du titre 12 NYCRR. Le fait de ne pas notifier correctement une partie intéressée nécessaire est considéré comme une notification défectueuse et la demande peut être rejetée par la Commission. Lorsque la *Demande de Révision par la Commission (Formulaire RB-89)* est déposée par l'assureur, l'employeur auto-assuré ou tout autre payeur ou payeur potentiel, la notification doit être faite au demandeur, à son représentant légal et aux autres parties intéressées nécessaires. La notification est réputée faite dans les délais si elle est effectuée par le défendeur dans les trente (30) jours suivant le dépôt de la décision de la Commission. L'affirmation doit être complétée et doit inclure la méthode et la date de dépôt de la demande auprès de la Commission. Le requérant ne peut utiliser qu'une seule méthode pour déposer sa demande auprès de la Commission. Si le requérant dépose des demandes en double, ces dépôts en double peuvent être considérés comme soulevant ou poursuivant une question sans motif raisonnable, et peuvent faire l'objet d'évaluations en vertu de l'article 114-a(3) de la WCL. L'affirmation remplie doit préciser les documents notifiés, les noms des parties intéressées notifiées, la date et la méthode de notification pour chaque partie intéressée, et que la notification a été effectuée dans les 30 jours suivant le dépôt de la décision faisant l'objet de la demande. Il n'est pas acceptable de compléter la partie de l'affirmation qui énumère les personnes notifiées et le mode de notification par la mention « Voir ci-joint ». Si une partie est notifiée par courrier électronique ou par d'autres moyens électroniques, l'affirmation doit inclure une attestation selon laquelle la partie ainsi notifiée a donné l'autorisation explicite de recevoir la notification par ces moyens [voir l'article 300.13(b)(2)(iv)(C) et (c) du titre 12 NYCRR]. La contestation n'a pas à être notifiée à chaque partie de la même manière. L'affirmation doit être datée et signée sous peine de parjure.



# DEMANDE DE RECONSIDÉRATION / RÉVISION COMPLÈTE PAR LA COMMISSION

1. Numéro(s) de Dossier de la WCB	2. Numéro(s) de Dossier l'Assureur	3. Code de l'Assureur	4. Nom de l'Assureur	5. Date de l'Accident/du Congé
6. Nom du Demandeur		7. Adresse du Demandeur		
8. Cette demande est faite au nom de :				
9. Cette <i>Demande de Reconsidération / Révision Complète par la Commission</i> en vertu des articles 32 et 142(2) de la WCL est : <input type="checkbox"/> Obligatoire (il y a eu un désaccord dont le seul fondement est le renvoi à un spécialiste impartial) <input type="checkbox"/> Discrétionnaire				
10. Date de dépôt du Mémoire de la Décision du Panel de la Commission (mm/jj/aaaa) :				
11. La mesure corrective recherchée est la suivante : <input type="checkbox"/> Correction Administrative du Mémoire de Décision <input type="checkbox"/> Révocation du Mémoire de Décision <input type="checkbox"/> Modification du Mémoire de Décision <input type="checkbox"/> Annulation du Mémoire de Décision				
12. L'affaire est actuellement (cocher une case) : <input type="checkbox"/> Rejetée <input type="checkbox"/> Établie				
13. Indiquez le ou les points spécifiques à examiner.				
14. Motifs de l'appel. Cette demande de révision est fondée sur les motifs suivants (des feuilles supplémentaires peuvent être jointes, jusqu'à un maximum de 8 pages) :				
15. Dates d'audience, transcriptions, documents, pièces et autres éléments de preuve. (voir les instructions pour plus de détails) :				
16. Un appel du Mémoire de Décision a-t-il été ou sera-t-il interjeté devant la Division d'Appel de la Cour Suprême, Troisième Département ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

**17. Attestation :** En signant le présent document dans l'espace prévu ci-dessous, je certifie que la présente demande 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 notification, y compris l'adresse réelle où la notification a été transmise, indiquée dans l'affirmation de notification ci-dessous. Je comprends que la Loi sur les Accidents du Travail prévoit des sanctions importantes en cas d'introduction ou de poursuite d'une procédure sans motif raisonnable et/ou dans le but de la retarder. Je comprends que si la présente demande est retirée pour quelque raison que ce soit ou si l'une des questions soulevées est résolue par les parties, je dois immédiatement en informer par écrit la Commission et les parties intéressées concernées.

Signature du Préparateur : \_\_\_\_\_ Date de Préparation (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_ No de Téléphone : \_\_\_\_\_

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

### PREUVE DE NOTIFICATION

#### AFFIRMATION

J'affirme par la présente, sous peine de parjure, que j'ai respecté les exigences en matière de dépôt et de notification énoncées dans l'article 300.13(b)(2)(iv) et (3) du titre 12 NYCRR pour la présente *Demande de Reconsidération/Révision complète par la Commission* de la manière indiquée ci-dessous et je comprends que ce document peut être déposé dans le cadre d'une action ou d'une procédure devant une cour de justice.

A. J'ai déposé la *Demande de Révision auprès de la Commission* le (date - jj/mm/aaaa). \_\_\_\_\_ par (choisissez une méthode) :

- Par courrier à PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (pour les demandeurs non représentés uniquement)
- Courriel à l'adresse [wbcclaimsfilig@wcb.ny.gov](mailto:wbcclaimsfilig@wcb.ny.gov)
- Lien de téléchargement sur le site web du WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Réclamations pour Discrimination en matière d'Indemnisation des Accidents du Travail** : Courrier à l'Unité de Discrimination, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- Prestations d'Invalidité** : Courrier au Bureau des Prestations d'Invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. J'ai notifié la *Demande de Révision par la Commission* le (date - jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ à (ajouter 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) : \_\_\_\_\_

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 notifiée par courrier électronique ou par d'autres moyens électroniques a donné son accord explicite pour recevoir la notification par ces moyens.

Je certifie que la notification de la présente *Demande de Reconsidération/Révision complète par la Commission*, comme indiqué ci-dessus, a été effectuée dans un délai de trente jours à compter du dépôt de la décision faisant l'objet de la présente demande.

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

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