

## ISTRUZIONI PER COMPILARE DI RB-89.2

**AL RICHIEDENTE:** Una *Richiesta di Riconsiderazione/Revisione Completa del Consiglio (modulo RB-89.2)*, o di seguito "la richiesta", deve essere presentata entro 30 giorni di calendario dalla notifica di deposito del Memorandum della Decisione del Comitato del Consiglio presso il Segretario del Consiglio. Il *modulo RB-89.2* si considera depositato presso il consiglio alla data di effettiva ricezione di tale richiesta da parte del Consiglio. In conformità con 12 NYCRR 300.13(b)(3) e la designazione del presidente, il modulo RB-89.2 può essere presentato solo con l'indirizzo e-mail centralizzato per i reclami ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), o tramite il link di caricamento web WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). I richiedenti non rappresentati <https://www.wcb.ny.gov/content/main/forms/how-to-submit.jsp> possono in alternativa inviare il *Modulo RB-89.2* al Board all'indirizzo postale centralizzato del Board (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). I moduli *RB-89.2* nei reclami per discriminazione per indennità per infortuni sul lavoro devono essere presentati al Board inviando la richiesta all'Unità Discriminazione, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. I moduli *RB-89.2* nei reclami presentati per indennità di invalidità (richieste di salari persi a causa di infortuni o malattie non correlate al lavoro) devono essere presentati al Board inviando la richiesta all'Ufficio Prestazioni di Invalidità, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Una copia di questa richiesta deve essere notificata a tutte le parti interessate necessarie in conformità con 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Il *modulo RB-89.2*, a meno che non venga presentato da un richiedente non rappresentato, deve essere nel formato prescritto dal Presidente e tutte le sezioni della richiesta devono essere completate. La mancata fornitura di tutte le informazioni richieste da 12 NYCRR 300.13 e da queste istruzioni può comportare il rifiuto della richiesta.

**NOTA:** Le *Richieste di Riconsiderazione/Revisione Completa del Consiglio* non saranno accettate se consegnate a mano presso un ufficio del Consiglio. I moduli *RB-89.2* inviati per posta o inviati direttamente all'Ufficio del Consulente Generale saranno considerati come non depositati presso il Consiglio e non saranno presi in considerazione.

**A TUTTE LE ALTRE PARTI:** Ogni *confutazione della Richiesta di Riconsiderazione/Revisione Plenaria del Consiglio (modulo RB-89.3)* deve essere notificata al Consiglio entro 30 giorni di calendario dalla data in cui la richiesta è stata notificata alle parti, come specificato nella sezione Prova di Notifica del modulo *RB-89.2* in conformità con 12 NYCRR 300.13(c).

- 1. Numero/i del Caso WCB.** Inserite il Numero di Pratica WCB della richiesta di risarcimento. Il numero di pratica WCB include il numero di pratica per l'indennizzo dei lavoratori, la discriminazione, le prestazioni di invalidità, la discriminazione per il congedo familiare retribuito, le prestazioni per i vigili del fuoco volontari e i volontari dell'ambulanza.
- 2. Numero(i) di Caso dell'Assicuratore.** Inserite il Numero di Pratica dell'Assicuratore relativo alla richiesta di risarcimento. Questa sezione/voce non si applica alle richieste di risarcimento per discriminazione.
- 3. Codice dell'Assicuratore.** Inserite il codice dell'assicuratore per la richiesta di indennizzo. Questa sezione/voce non si applica alle richieste di risarcimento per discriminazione.
- 4. Nome dell'Assicuratore.** Inserite il nome dell'assicuratore per la richiesta di risarcimento oggetto del ricorso. Questa sezione/voce non si applica alle richieste di risarcimento per discriminazione.
- 5. Data dell'Infortunio/del Congedo.** Inserite la data in cui si è verificato l'infortunio o la data di inizio del congedo familiare retribuito (se non si è usufruito del congedo familiare retribuito, inserire la data della denuncia di discriminazione).
- 6. Nome del Richiedente.** Inserisci il nome completo del dipendente.
- 7. Indirizzo del Richiedente.** Inserite l'indirizzo, la città, lo stato e il codice di avviamento postale del dipendente e l'indirizzo postale, se diverso.
- 8. Parte Richiedente l'Appello.** Indicare la parte che richiede l'appello/la presentazione di questa *Richiesta di Riesame/Revisione Completa della Commissione*.
- 9. Richiesta di Riconsiderazione/Revisione del Consiglio Plenario.** Indicate se la richiesta è 1) obbligatoria o 2) discrezionale.
- 10. Data di Deposito del Memorandum della Decisione del Consiglio di Amministrazione.** Inserite la data della decisione che viene impugnata.
- 11. Rimedio Ricercato.** Indicate il tipo di rimedio ricercato.
- 12. Stato Attuale del Caso.** Indicare lo stato del caso.
- 13. Specificate la/e Questione/i da Riesaminare.** Indicate le questioni specifiche da riesaminare
- 14. Motivi di Appello.** Fornite una breve dichiarazione dei motivi specifici su cui si basa il ricorso, includendo le specifiche constatazioni di fatto che vengono contestate e/o gli errori di diritto che sono stati adottati. Non sono sufficienti affermazioni generiche che non portino specificamente all'attenzione della commissione le questioni da decidere. È possibile allegare ulteriori fogli, fino a un massimo di otto (8) pagine.

**15. Date delle Udienze, Trascrizioni, Documenti, Reperti e Altre Prove.** Fate riferimento al record, o a una parte di esso, in relazione alla questione e ai motivi sollevati nella presente richiesta. Indicare la data (o le) dell'udienza in cui la questione è stata sollevata davanti al giudice della Legge sul Risarcimento dei Lavoratori (WCLJ), nonché qualsiasi altra data d'udienza pertinente. Identificare dalla data e/ o numero di documento(s), le trascrizioni, i documenti, i rapporti, le prove e altre prove nel fascicolo del Consiglio che sono rilevanti per le questioni e i motivi che vengono sollevati per la revisione. Se i verbali non sono trascritti, indicarlo. Non includere o allegare alla presente richiesta qualsiasi documento che è presente nel fascicolo del Consiglio al momento in cui la richiesta viene presentata.

**16. Appello alla Divisione d'Appello della Corte Suprema, Terzo Dipartimento.** Si indichi se il memorandum della decisione sarà o è stato impugnato presso la Divisione d'Appello della Corte Suprema, Terzo Dipartimento.

**17. Certificazione.** Il preparatore deve firmare e datare il modulo (indicando anche il proprio nome, titolo, numero di telefono e indirizzo) attestando la buona fede della confutazione in diritto e in fatto, che la stessa è stata istituita con ragionevoli motivazioni ed è stata notificata alle parti interessate nella sezione Prova della Notifica.

**18. Prova della Notifica.** La richiesta deve essere notificata a tutte le parti interessate necessarie in conformità con 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). La mancata notifica corretta di una parte necessaria sarà considerata una notifica difettosa e la richiesta può essere respinta dal Consiglio. Quando la *Richiesta di Revisione del Consiglio (modulo RB-89)* viene presentata dal vettore, dal datore di lavoro autoassicurato o da altro pagatore o potenziale pagatore, la notifica sarà al richiedente, al rappresentante legale del richiedente e ad altre parti interessate necessarie. La notifica è considerata tempestiva se completata dall'appellante entro trenta (30) giorni dalla presentazione della decisione da parte del Consiglio. L'affermazione deve essere completata e deve includere il metodo con cui e la data in cui la richiesta è stata presentata al Consiglio. L'appellante deve utilizzare un solo metodo per presentare la richiesta al Consiglio. Se l'appellante presenta domande duplicate, tali depositi duplicati possono essere considerati come sollevazione o continuazione di una questione senza ragionevoli motivi e possono sottoporre l'appellante a valutazioni ai sensi del WCL § 114-a(3). L'affermazione completata deve specificare i documenti notificati, i nomi delle parti interessate notificate, la data e il metodo di notifica per ciascuna parte interessata e che la notifica è stata completata entro 30 giorni dal deposito della decisione che è oggetto della richiesta. Non è accettabile completare la parte dell'affermazione in cui elenca le parti notificate e il metodo con "Vedi allegato". Se una parte viene notificata tramite e-mail o altri mezzi elettronici, l'affermazione deve includere una certificazione che la parte così notificata ha fornito un'autorizzazione esplicita a ricevere la notifica tramite tali mezzi [vedi 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. La richiesta non deve essere notificata a ciascuna parte nello stesso modo. L'affermazione deve essere datata e firmata sotto pena di spergiuro.



# RICHIESTA DI RICONSIDERAZIONE/ESAME/ COMPLETO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

<b>1. Numero/i del Caso WCB</b>	<b>2. Numero(i) di Caso dell'Assicuratore</b>	<b>3. Codice dell'Assicuratore</b>	<b>4. Nome dell'Assicuratore</b>	<b>5. Data dell'Infortunio/del Congedo</b>
<b>6. Nome del Richiedente</b>		<b>6. Indirizzo del Richiedente</b>		
<b>8. La presente richiesta è presentata per conto di:</b>				
<b>9. La presente <i>Richiesta di Riconsiderazione/Riesame Completo del Consiglio di amministrazione</i> ai sensi delle sezioni 32 e 142(2) del WCL è:</b> <input type="checkbox"/> Mandatorio (c'è stato un dissenso diverso da quello che ha come unica base il rinvio a uno specialista imparziale) <input type="checkbox"/> Discrezionale				
<b>10. Data di Deposito del Memorandum della Decisione del Consiglio di Amministrazione (mm/gg/aaaa):</b>				
<b>11. Il rimedio ricercato è:</b> <input type="checkbox"/> Rettifica Amministrativa del Promemoria della Decisione <input type="checkbox"/> Modifica del Memorandum di Decisione <input type="checkbox"/> Inversione del Memorandum di Decisione <input type="checkbox"/> Revoca del Memorandum di Decisione				
<b>12. Il caso è attualmente (selezionare uno):</b> <input type="checkbox"/> Non consentito <input type="checkbox"/> Stabilita				
<b>13. Indicate la questione o le questioni specifiche da riesaminare.</b>				
<b>14. Base dell'appello.</b> La presente richiesta di revisione si basa sui seguenti motivi (è possibile allegare fogli aggiuntivi, fino a un massimo di 8 pagine):				
<b>15. Date dell'audizione, trascrizioni, documenti, reperti e altre prove.</b> (si vedano le istruzioni per i dettagli).				
<b>16. È stato presentato o verrà presentato ricorso contro il Memorandum of Decision alla Divisione d'Appello della Corte Suprema, Terzo Dipartimento?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				

**17. Certificazione:** Firmando questo documento nello spazio sottostante, certifico che questa richiesta ha una base di buona fede in diritto e fatto, è stata istituita con ragionevoli motivazioni ed è stata notificata a tutte le parti interessate necessarie utilizzando il metodo di notifica, incluso l'indirizzo effettivo in cui è stata trasmessa la notifica elencato nella conferma di notifica sottostante. Comprendo che la Legge sulla Compensazione dei Lavoratori prevede sanzioni sostanziali per l'istituzione o la continuazione di procedimenti senza ragionevoli motivazioni e/o allo scopo di ritardo. Comprendo che se questa richiesta viene ritirata per qualsiasi motivo o se una delle questioni sollevate viene risolta dalle parti, devo immediatamente notificare per iscritto al Consiglio e alle parti interessate necessarie notificate.

Firma del preparatore: \_\_\_\_\_ Data preparata (mm/gg/aaaa): \_\_\_\_\_

Stampate il nome: \_\_\_\_\_ Titolo: \_\_\_\_\_ Num. di telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

## PROVA DELLA NOTIFICA

### AFFERMAZIONE

Con la presente dichiaro, sotto pena di spergiuro, di aver ottemperato ai requisiti di deposito e notifica di cui alla norma 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) e (3) per la presente *Richiesta di Riesame/Revisione Completa del Consiglio di Amministrazione* nel modo indicato di seguito e sono a conoscenza del fatto che il presente documento può essere depositato in un'azione o procedimento in un tribunale.

A. Ho depositato *la Richiesta di Revisione del Consiglio di Amministrazione* presso il (data - mm/gg/aaaa) \_\_\_\_\_ da (scegliete un metodo):

- Inviare a PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (solo per i richiedenti non rappresentati)
- Inviare a [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)
- Link di caricamento web WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Richiesta di Risarcimento per Discriminazione dei Lavoratori:** Inviare all'Unità Discriminazione, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- Prestazioni di Invalidità:** Inviare all'Ufficio: Prestazioni di Invalidità, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Ho presentato *la Richiesta di Riesame del Consiglio di Amministrazione* a (data - mm/gg/aaaa) \_\_\_\_\_ su (allegate altri fogli se necessario):

Nome: \_\_\_\_\_ da (metodo): \_\_\_\_\_ a (indirizzo): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ da (metodo): \_\_\_\_\_ a (indirizzo): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ da (metodo): \_\_\_\_\_ a (indirizzo): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ da (metodo): \_\_\_\_\_ a (indirizzo): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ da (metodo): \_\_\_\_\_ a (indirizzo): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ da (metodo): \_\_\_\_\_ a (indirizzo): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ da (metodo): \_\_\_\_\_ a (indirizzo): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ da (metodo): \_\_\_\_\_ a (indirizzo): \_\_\_\_\_

Certifico che qualsiasi parte notificata tramite e-mail o altri mezzi elettronici ha fornito l'autorizzazione esplicita a ricevere la notifica con tali mezzi.

Certifico che la notifica della presente *Richiesta di Riesame/Revisione Completa del Consiglio di Amministrazione*, come sopra indicato, è stata completata entro trenta giorni dal deposito della decisione oggetto della presente richiesta.

Data (mm/gg/aaaa): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Stampa il nome: \_\_\_\_\_