

## RB-89.2 작성 지침

**신청인에 알림:** *재심/전체 위원회 검토 신청서(양식 RB-89.2)*, 또는 이하 “신청서”는 위원회 패널 결정 각서의 제출 통지일로부터 달력일 기준 30일 이내에 위원회 사무장에게 제출해야 합니다. 위원회가 그러한 신청서를 실제로 접수한 날짜에 *양식 RB-89.2*가 위원회에 제출된 것으로 간주합니다. 12 NYCRR 300.13(b)(3) 및 위원장의 지정에 따라, *양식 RB-89.2*는 청구용 중앙 이메일 주소([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)) 또는 WCB 웹 업로드 링크(<https://wcbdoc.services.conduent.com/>)를 통해서만 제출할 수 있습니다. 대리인이 없는 청구인은 *양식 RB-89.2*를 위원회 중앙 우편 주소(PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205)로 우편 발송할 수도 있습니다. 산재 보상 차별 청구에 관한 *RB-89.2* 양식은 신청서를 위원회 차별 유닛(Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029)으로 우편 발송하여 위원회에 제출해야 합니다. 장애 수당 청구(업무와 무관한 부상 또는 질병으로 인한 임금 손실에 대한 청구)에 관한 *RB-89.2* 양식은 신청서를 장애수당국(Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029)으로 우편 발송하여 위원회에 제출해야 합니다. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)에 따라, 이 신청서의 사본은 필요한 모든 이해 당사자에게 제공되어야 합니다. 대리인이 없는 청구인이 제출하지 않는 한, *양식 RB-89.2*는 위원장이 지정한 형식이어야 하고, 신청서의 모든 섹션을 작성해야 합니다. 12 NYCRR 300.13 및 본 지침에서 요구하는 모든 정보를 제공하지 않으면 신청서가 거부될 수 있습니다.

**유의:** *재심/전체 위원회 검토 신청서*를 위원회 사무실로 직접 방문 전달하는 경우 접수되지 않습니다. 법무실(Office of General Counsel)에 직접 우편으로 보내거나 제출한 *RB-89.2* 양식은 위원회에 제출되지 않은 것으로 간주되어 고려되지 않습니다.

**모든 기타 당사자에 알림:** *재심/전체 위원회 검토 신청에 대한 이의신청서(양식 RB-89.3)*는 12 NYCRR 300.13(c)에 따라 *RB-89.2* 양식의 송달 증명 섹션에 명시된 대로, 신청서가 당사자에게 송달된 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 위원회에 송달되어야 합니다.

- 1. WCB 케이스 번호.** 이의를 제기하는 청구의 WCB 케이스 번호를 입력하세요. WCB 케이스 번호에는 산업재해보상보험, 차별, 장애수당, 유급가족휴직차별, 자원봉사 소방관 및 자원봉사 구급대원 수당에 대한 사례 번호가 포함됩니다.
- 2. 보험사(Carrier) 케이스 번호.** 이의를 제기하는 청구의 보험사 케이스 번호를 입력하세요. 이 섹션/항목은 차별에는 해당하지 않습니다.
- 3. 보험사 코드.** 이의를 제기하는 청구에 대한 보험사 코드를 입력하세요. 이 섹션/항목은 차별에는 해당하지 않습니다.
- 4. 보험사명.** 이의를 제기하는 청구에 대한 보험사명을 입력하세요. 이 섹션/항목은 차별에는 해당하지 않습니다.
- 5. 부상/휴직 일자.** 부상이 발생한 날짜 또는 유급가족휴직이 시작된 날짜를 입력하세요. (유급가족휴직을 사용하지 않은 경우 차별 불만 제기 일자를 입력하세요)
- 6. 청구인의 이름.** 직원의 전체 이름을 입력하세요.
- 7. 청구인의 주소.** 직원의 도로명 주소, 도시, 주, ZIP 코드 및 (이 주소와 다른 경우) 우편 주소도 입력하세요.
- 8. 이의 제기를 요청하는 당사자.** 이의를 제기 또는 본 *재심/전체 위원회 검토 신청서*를 제출하는 당사자를 명시하세요.
- 9. 재심/전체 위원회 검토 신청서.** 해당 신청이 1) 필수인지 2) 재량인지 표시합니다.
- 10. 위원회 패널 결정 각서의 제출 일자.** 이의를 제기하는 결정의 일자를 입력하세요.
- 11. 구제 수단.** 원하는 구제 수단의 유형을 표시합니다.
- 12. 케이스 현황.** 케이스의 상태를 표시합니다.
- 13. 검토할 문제를 명시하세요.** 검토할 구체적인 문제에 대해 설명합니다.
- 14. 이의 제기의 근거.** 이의가 제기된 구체적인 사실관계 및/또는 주장된 법률의 오류를 포함하여, 이의 제기의 기초가 되는 구체적인 근거에 대한 간략한 설명을 제공합니다. 위원회가 결정해야 할 사안을 구체적으로 언급하지 않는 일반적인 주장은 불충분합니다. 최대 여덟(8) 쪽까지 추가 서면을 첨부할 수 있습니다.

**15. 심의회 일자, 의사록, 문서, 증거물 및 기타 증거.** 이 신청서에서 제기한 문제 및 근거와 관련된 기록 또는 그 일부를 참조하세요. 산재 보상법 판사(Workers' Compensation Law judge, WCLJ)에게 문제가 제기된 심의 일자 및 기타 관련 심의 일자를 표시합니다. 검토를 위해 제기된 문제 및 근거와 관련된 이사회 파일에 있는 의사록, 문서, 보고서, 증거물 및 기타 증거를 날짜 및/또는 문서 ID 번호로 확인합니다. 의사록을 작성하지 않은 경우, 이를 명시하세요. 본 신청서에는 신청서 제출 당시 위원회 파일에 있던 문서를 포함하거나 첨부하지 마십시오.

**16. 대법원 제3부 항소부에 항소.** 대법원 제3부 항소부에 결정 각서에 대한 항소를 제기할 것인지/제기했는지 여부를 표시합니다.

**17. 보증.** 작성자는 신청이 법률과 사실에 근거하여 선의로 작성되었고, 합리적인 근거를 가지고 작성되었으며, 송달 증명 섹션의 이해관계인에게 송달되었음을 확인하는 양식에 (이름, 경칭, 전화번호 및 주소도 기재하고) 서명하여 날짜를 기입해야 합니다.

**18. 송달 증명.** 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)에 따라, 이 신청서는 필요한 모든 이해 당사자에게 송달되어야 합니다. 필요한 당사자에게 적절하게 송달되지 못하는 경우 송달의 결함으로 간주되므로, 위원회에서 신청서를 거부할 수 있습니다. 보험사, 자체 보험 고용주 또는 기타 지급인이나 잠재적 지급인이 *위원회 검토 신청서(양식 RB-89)*를 제출하는 경우, 청구인, 청구인의 법정 대리인 및 기타 필요한 이해 당사자에게 송달되어야 합니다. *위원회 결정*의 제출 후 삼십(30)일 이내에 항소인이 송달을 완료하면, 적시에 송달된 것으로 간주됩니다. 확인서는 반드시 작성해야 하며, 신청서를 위원회에 제출한 방법과 날짜가 반드시 포함되어야 합니다. 항소인은 위원회에 신청서를 제출할 때 한 가지 방법만 사용해야 합니다. 항소인이 신청서를 중복으로 제출하는 경우, 이러한 중복 제출은 합리적인 근거 없이 문제를 제기하거나 지속시키는 것으로 간주될 수 있으므로, 항소인은 WCL § 114-a(3)에 따른 평가 대상이 될 수 있습니다. 작성된 확인서에는 송달된 서류, 송달을 받은 이해 당사자의 이름, 각 이해 당사자에 대한 송달 일자와 방법, 신청의 대상이 되는 결정이 제출된 날로부터 30일 이내에 송달이 완료된 사실을 명시해야 합니다. 확인서의 송달 대상자와 송달 방법을 기재하는 부분에 “첨부 참조(See attached)”로 작성하는 것은 허용되지 않습니다. 이메일 또는 기타 전자적 수단을 통해 당사자에게 송달한 경우, 확인서에는 해당 당사자가 그러한 수단을 통해 송달받는 것을 분명하게 허용했다는 증거가 포함되어야 합니다. [12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) 참조] 모든 당사자에게 동일한 방식으로 신청서를 송달해야 하는 것은 아닙니다. 확인서에는 위증죄 처벌 서약 하에 날짜를 기재하고 서명해야 합니다.



**17. 보증:** 아래에 이 문서에 서명함으로써, 본인은 이 신청서가 법률과 사실에 기초한 선의로 작성되었고, 합리적인 근거에 따라 제기되었으며, 아래 송달 확인서에 기재된 실제 송달 주소가 포함된 송달 방법을 사용하여 필요한 모든 이해 당사자에게 송달되었음을 보증합니다. 본인은 합당한 근거 없이 또는 지연을 목적으로 절차를 개시하거나 지속하는 경우, 산업재해보상보험법에서 상당한 처벌을 규정하고 있음을 이해합니다. 본인은 어떠한 이유로든 이 신청이 철회되거나 제기된 문제가 당사자들에 의해 해결되는 경우, 즉시 위원회 및 필요한 이해 당사자에게 서면으로 통지해야 함을 이해합니다.

작성자의 서명: \_\_\_\_\_ 작성 일자 (월(mm)/일(dd)/년(yyyy)): \_\_\_\_\_  
 이름 (정자로 기입): \_\_\_\_\_ 경칭: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_

**송달 증명**

**확인서**

본인은 위증죄 처벌 서약 하에 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 및 (3)에 명시된 본 **재심/전체 위원회 검토 신청서**에 대한 제출 및 서비스 요건을 아래 설명된 방식으로 준수했음을 확인하며, 이 문서가 법정의 소송 또는 절차에 제출될 수 있음을 이해합니다.

A. 본인은 **위원회에 위원회 검토 신청서**를 (날짜 (월(mm)/일(dd)/년(yyyy)) \_\_\_\_\_) 에 다음 방법으로 제출하였습니다. (한 가지 방법만 선택):

- 우편: PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (대리인이 없는 청구인만 해당)
- 이메일: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- WCB 웹 업로드 링크 (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- 산업재해보상보험 차별 청구:** 우편: 차별 유닛(Discrimination Unit), PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- 장애수당:** 우편: 장애수당국(Disability Benefits Bureau), PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. 본인은 **위원회 검토 신청서**를 (날짜 (월(mm)/일(dd)/년(yyyy)) \_\_\_\_\_) 에 다음 당사자에게 송달하였습니다. (필요 시 추가 용지 첨부):

이름: _____	수단: _____	주소: _____
이름: _____	수단: _____	주소: _____
이름: _____	수단: _____	주소: _____
이름: _____	수단: _____	주소: _____
이름: _____	수단: _____	주소: _____
이름: _____	수단: _____	주소: _____
이름: _____	수단: _____	주소: _____
이름: _____	수단: _____	주소: _____

본인은 이메일 또는 기타 전자적 수단을 통해 송달받은 당사자가 그러한 수단을 통해 송달받는 것에 대해 분명히 허가했음을 증명합니다.

본인은 위에 명시된 바와 같이 본 신청의 대상이 되는 결정 제출 일자로부터 삼십일 이내에 본 **재심/전체 위원회 검토 신청서**의 송달이 완료되었음을 증명합니다.

날짜 (월(mm)/일(dd)/년(yyyy)): \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_  
 이름 (정자로 기입): \_\_\_\_\_