

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL RB-89.2

PARA EL SOLICITANTE: Se debe presentar una *Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta (Formulario RB-89.2)*, o en adelante "la solicitud", dentro de los 30 días calendario posteriores a la notificación de la presentación del Memorándum de decisión del panel de la Junta ante el Secretario de la Junta. El formulario RB-89.2 se considerará presentado ante la Junta en la fecha de recepción efectiva de dicha solicitud por parte de la Junta. De conformidad con la Sección 300.13(b)(3) del Título 12 NYCRR y la designación del Presidente, el Formulario RB-89.2 sólo podrá presentarse en la dirección de correo electrónico centralizada para reclamaciones (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov), o a través del Enlace de Carga Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Los reclamantes sin representación pueden, alternativamente, enviar por correo el formulario RB-89.2 a la dirección postal centralizada de la Junta (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Los formularios RB-89.2 en reclamaciones por discriminación en la compensación de los trabajadores deben presentarse ante la Junta enviando la solicitud por correo a la Unidad de Discriminación de la Junta, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Los formularios RB-89.2 en reclamaciones presentadas por prestaciones por incapacidad (reclamaciones por salarios perdidos debido a lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el trabajo) deben presentarse ante la Junta enviando la solicitud por correo a la Oficina de Prestaciones por Incapacidad, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Deberá entregarse una copia de esta solicitud a todas las partes interesadas necesarias de conformidad con la Sección 300.13(b)(2)(iv) del Título 12 NYCRR. El formulario RB-89.2, a menos que sea presentado por un demandante sin representación, debe estar en el formato prescrito por el Presidente y todas las secciones de la solicitud deben ser completadas. Si no se proporciona toda la información requerida por la Sección 300.13 del Título 12 NYCRR y estas instrucciones, la solicitud puede ser denegada.

NOTA: No se aceptarán *Solicitudes de Reconsideración/Revisión completa de la Junta* si se entregan en mano en una oficina de la Junta. Los formularios RB-89.2 enviados por correo o entregados directamente a la Oficina del Asesor General se considerarán no presentados ante la Junta y no se tendrán en cuenta.

A TODAS LAS DEMÁS PARTES: Cualquier *Impugnación de la Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta (Formulario RB-89.3)* debe notificarse a la Junta en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que la solicitud se notificó a las partes, tal y como se especifica en la sección Prueba de notificación del formulario RB-89.2 de conformidad con la Sección 300.13(c) del Título 12 NYCRR.

1. Número(s) de Caso(s) de la WCB. Ingrese el(los) Número(s) de Caso(s) de la WCB de la(s) reclamación(es) que se está(n) apelando. El(los) número(s) de Caso(s) de la WCB incluye(n) el(los) número(s) de caso de indemnización laboral, discriminación, prestaciones por incapacidad, discriminación por baja familiar pagada, prestaciones para bomberos voluntarios y trabajadores voluntarios de ambulancias.

2. Número(s) Caso(s) de la Aseguradora. Ingrese el(los) Número(s) de Caso(s) de la Aseguradora para la(s) reclamación(es) que se recurre(n). Esta sección/parte no se aplica a las reclamaciones por discriminación.

3. Código de la Aseguradora. Ingrese el código de la aseguradora de la reclamación que se está apelando. Esta sección/ítem no se aplica a las reclamaciones por discriminación.

4. Nombre de la Aseguradora. Ingrese el Código de la aseguradora para la reclamación que se está apelando. Esta sección/parte no se aplica a reclamaciones por discriminación.

5. Fecha de la Lesión/Baja. Ingrese la fecha original en que se produjo la lesión o la fecha en que comenzó la baja familiar pagada (si no se tomó la baja familiar pagada, indique la Fecha de la Denuncia por Discriminación).

6. Nombre del Reclamante. Ingrese el nombre completo del empleado.

7. Dirección del Reclamante. Indique la dirección postal, la ciudad, el estado y el código postal del trabajador, y la dirección postal si es diferente.

8. Parte que Solicita la Apelación. Indique qué parte solicita la apelación/presenta esta *Solicitud de Reconsideración/Revisión completa de la Junta*.

9. Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta. Indique si la Solicitud es 1) Obligatoria o 2) Discrecional.

10. Fecha de Presentación del Memorando de la Decisión del Grupo de Expertos de la Junta. Indique la fecha de la decisión que se recurre.

11. Remedio Solicitado. Indique el tipo de remedio que se busca.

12. Estado Actual del Caso. Indique el estado actual del caso.

13. Especifique la(s) Cuestión(es) a Revisar. Indique la(s) cuestión(es) específica(s) que requiere(n) revisión..

14. Bases de la Apelación. Proporcione una breve exposición de los motivos particulares en que se basa la apelación, incluidas las conclusiones de hecho específicas que se impugnan y/o los errores de derecho que se alegan. Las alegaciones generales que no llamen específicamente la atención de la Junta sobre las cuestiones que se deben decidir son insuficientes. Se pueden adjuntar hojas adicionales, hasta un máximo de ocho (8) páginas.

15. Fechas de Audiencia, Transcripciones, Documentos, Anexos y Otras Pruebas. Haga referencia al expediente, o a la parte de este mismo, que sea pertinente a los asuntos y motivos planteados en esta solicitud. Indique la(s) fecha(s) de la audiencia en la que se plantearon los asuntos ante el juez de la Ley de Compensación de los Trabajadores (WCLJ), así como cualquier otra fecha de audiencia pertinente. Identifique por fecha y/o número(s) de identificación del documento, las transcripciones, documentos, informes, anexos y otras pruebas en el archivo de la Junta que sean pertinentes a los asuntos y motivos que se plantean para su revisión. Si no se transcriben las actas, indíquelo. No incluya ni adjunte a esta solicitud ningún documento que esté presente en el archivo de la Junta en el momento de la presentación de la solicitud.

16. Apelación ante la División de Apelaciones de la Corte Suprema, Tercer Departamento. Indique si se interpondrá/se ha interpuesto un recurso contra el Memorando de Decisión ante la División de Apelaciones del Tercer Departamento del Tribunal Supremo.

17. Certificación. El preparador debe firmar y fechar el formulario (indicando también su nombre, título, número de teléfono y dirección) certificando la buena fe de la solicitud en derecho y de hecho, que se ha interpuesto con motivos razonables y que se ha notificado a las partes de interés necesarias en la sección Prueba de Notificación.

18. Prueba de Notificación. La solicitud debe notificarse a todas las partes de interés necesarias de conformidad con la Sección 300.13(b)(2)(iv) del Título 12 NYCRR. Si no se notifica correctamente a una parte necesaria, la notificación se considerará defectuosa y la solicitud podrá ser rechazada por la Junta. Cuando la *Solicitud de Revisión de la Junta (Formulario RB-89)* sea presentada por la aseguradora, el empleador autoasegurado u otro pagador o pagador potencial, la notificación se realizará al reclamante, al representante legal del reclamante y a otras partes interesadas necesarias. La notificación se considerará oportuna si el recurrente la completa dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la decisión por parte de la Junta. La declaración jurada debe ser completada y debe incluir el método por el cual, y la fecha, la solicitud fue presentada ante la Junta. El recurrente deberá utilizar un solo método para presentar la solicitud ante la Junta. Si el recurrente presenta solicitudes duplicadas, dichas presentaciones duplicadas pueden considerarse como planteamiento o continuación de una cuestión sin motivos razonables, y pueden someter al recurrente a evaluaciones en virtud de la Sección 114-a(3) de la WCL. La declaración jurada completada debe especificar los documentos notificados, los nombres de las partes de interés notificadas, la fecha y el método de notificación para cada parte de interés, y que la notificación se completó dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la decisión que es objeto de la solicitud. No es aceptable completar la parte de la declaración jurada donde enumera a los notificados y el método con «Ver adjunto». Si se notifica a una parte por correo electrónico u otros medios electrónicos, la afirmación debe incluir una certificación de que la parte así notificada proporcionó permiso explícito para recibir notificaciones por dichos medios [ver la Sección 300.13(b)(2)(iv)(C) del Título 12 NYCRR]. La solicitud no tiene que ser notificada a cada parte de la misma manera. La declaración debe estar fechada y firmada bajo pena de perjurio.



SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN/ REVISIÓN COMPLETA DE LA JUNTA

1. Número(s) de Caso(s) de la WCB	2. Número(s) de Caso(s) de la Aseguradora	3. Código de la Aseguradora	4. Nombre de la Aseguradora	5. Fecha de la Lesión/Baja
6. Nombre del Reclamante			6. Dirección del Reclamante	
8. Esta solicitud se presenta en nombre de:				
9. Esta <i>Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta</i> en virtud de las Secciones 32 y 142(2) de la WCL es:				
<input type="checkbox"/> Obligatoria (hubo un desacuerdo cuyo único fundamento es la remisión a un especialista imparcial) <input type="checkbox"/> Discrecional				
10. Fecha de presentación del Memorando de la Decisión del Panel de la Junta (mm/dd/aaaa):				
11. El remedio solicitado es:				
<input type="checkbox"/> Corrección Administrativa del Memorando de Decisión <input type="checkbox"/> Modificación del Memorando de Decisión <input type="checkbox"/> Revocación del Memorando de Decisión <input type="checkbox"/> Anulación del Memorando de Decisión				
12. El caso está actualmente (marque una): <input type="checkbox"/> Denegado <input type="checkbox"/> Establecido				
13. Indique la(s) cuestión(es) específica(s) a revisar:				
14. Bases de la Apelación. Esta solicitud de revisión se basa en los siguientes motivos (se pueden adjuntar hojas adicionales, hasta un máximo de 8 páginas):				
15. Fechas de audiencia, transcripciones, documentos, anexos y otras pruebas. (ver instrucciones para obtener más detalles):				
16. ¿Se ha presentado o se presentará una apelación del Memorando de Decisión ante la División de Apelaciones de la Corte Suprema, Tercer Departamento?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

17. Certificación: Al firmar este documento en el espacio provisto a continuación, certifico que esta solicitud tiene una base de buena fe en la ley y en los hechos, ha sido instituida con motivos razonables y ha sido notificada a todas las partes de interés necesarias utilizando el método de notificación, incluida la dirección real donde se transmitió la notificación que figura en la declaración jurada de notificación a continuación. Entiendo que la Ley de Compensación de los Trabajadores establece sanciones sustanciales por iniciar o continuar un procedimiento sin motivos razonables y/o con el propósito de retrasarlo. Entiendo que si esta solicitud es retirada por cualquier razón o si cualquiera de las cuestiones planteadas es resuelta por las partes, debo notificar inmediatamente a la Junta y a las partes de interés necesarias notificadas por escrito.

Firma del preparador: _____ Fecha de preparación (mm/dd/aaaa): _____
Nombre en letra de imprenta: _____ Título: _____ N° de teléfono: _____
Dirección: _____

PRUEBA DE NOTIFICACIÓN

DECLARACIÓN JURADA

Por la presente afirmo bajo pena de perjurio que he cumplido con los requisitos de presentación y notificación establecidos en la Sección 300.13(b)(2)(iv) y (3) del Título 12 NYCRR para esta *Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta* en la forma establecida a continuación y entiendo que este documento puede ser presentado en una acción o procedimiento en un tribunal de justicia.

A. Presenté la *Solicitud de Revisión de la Junta* ante la Junta (fecha - mm/dd/aaaa) _____ por (elijá un método):

- Correo postal a PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (solo para reclamantes sin representación)
- Correo electrónico a wbcclaimsfilings@wcb.ny.gov
- Enlace de carga web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Reclamación por Discriminación en la Compensación de los Trabajadores:** Correo postal a Unidad de la discriminación, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- Beneficios por incapacidad:** Envié por correo a Oficina de Beneficios por Incapacidad, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Notifiqué la *Solicitud de Revisión de la Junta* el (fecha - mm/dd/aaaa) _____ a (adjuntar hojas adicionales si es necesario):

Nombre: _____	por (método): _____	en (dirección): _____
Nombre: _____	por (método): _____	en (dirección): _____
Nombre: _____	por (método): _____	en (dirección): _____
Nombre: _____	por (método): _____	en (dirección): _____
Nombre: _____	por (método): _____	en (dirección): _____
Nombre: _____	por (método): _____	en (dirección): _____
Nombre: _____	por (método): _____	en (dirección): _____
Nombre: _____	por (método): _____	en (dirección): _____

Certifico que cualquier parte notificada por correo electrónico u otros medios electrónicos dio su permiso explícito para recibir notificaciones por dichos medios.

Certifico que la notificación de esta *Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta*, según lo establecido anteriormente, se completó dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la decisión que es objeto de esta solicitud.

Fecha (mm/dd/aaaa): _____ Firma: _____
Nombre en letra de imprenta: _____