

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL RB-89.3

PARA EL DEMANDADO: La *Impugnación de la Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta (Formulario RB-89.3)*, o en lo sucesivo «la impugnación», debe presentarse en un plazo de 30 días naturales a partir de la notificación de la *Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta (Formulario RB-89.2)*, o en lo sucesivo «la solicitud», al demandado. El *formulario RB-89.3* se considerará presentado ante la Junta en la fecha de recepción efectiva de dicha impugnación por parte de la Junta. De conformidad con la Sección 300.13(c) del Título 12 NYCRR, que exige que todas las refutaciones se ajusten a los requisitos de la Sección 300.13(b) del Título 12 NYCRR, el *formulario RB-89.3* sólo puede 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-89.3* a la dirección postal centralizada de la Junta (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Los formularios *RB-89.3* en reclamaciones por discriminación en compensación de trabajadores deben presentarse ante la Junta enviando por correo la refutación a la Unidad de Discriminación de la Junta, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Los formularios *RB-89.3* en reclamaciones presentadas por beneficios por incapacidad (reclamaciones por salarios perdidos debido a lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el trabajo) deben presentarse ante la Junta enviando por correo la refutación a la Oficina de Beneficios por Incapacidad, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Debe entregarse una copia de esta impugnación a todas las partes interesadas necesarias, de conformidad con la Sección 300.13(b)(1)(iv) del Título 12 NYCRR. El *formulario RB-89.3*, a menos que sea presentado por un demandante sin representación, debe estar en el formato prescrito por el Presidente, todas las secciones de la refutación deben ser completadas, y cualquier escrito legal adjunto debe cumplir con la Sección 300.13(b)(1)(i) del Título 12 NYCRR. Si no se facilita toda la información solicitada en el formulario, la impugnación podrá ser desestimada. Si no se suministra toda la información requerida por la 300.13 del Título NYCRR y estas instrucciones, la solicitud puede ser denegada.

NOTA: No se aceptará una impugnación de *Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta* si se entrega en mano en una oficina de la Junta. Los formularios *RB-89.3* 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.

- 1. Número(s) de Caso(s) de la WCB.** Ingrese el(los) Número(s) de Caso de la WCB de la(s) reclamación(es) que se está(n) apelando. El(los) número(s) de caso de la WCB incluye(n) el(los) número(s) de caso de indemnización laboral, discriminación, prestaciones por discapacidad, discriminación por baja familiar retribuida, bomberos voluntarios y trabajadores voluntarios de ambulancias.
- 2. Número(s) de 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 para la reclamación que se está apelando. Esta sección/parte no se aplica a reclamaciones por discriminación.
- 4. Nombre de la Aseguradora.** Ingrese el nombre 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.** Introduzca la fecha en que se produjo la lesión o la fecha en que comenzó la baja familiar pagada (si no se tomó la baja familiar pagada, introduzca la fecha de la reclamación por discriminación).
- 6. Nombre del Reclamante.** Ingrese el nombre completo del empleado
- 7. Dirección del Reclamante.** Ingrese la dirección postal, la ciudad, el estado y el código postal del trabajador, y la dirección postal si es diferente.
- 8. Parte que Presenta esta Impugnación.** Indique qué parte presenta esta impugnación.
- 9. Tipo de Solicitud a la que Responde la Impugnación.** Indique si el escrito de impugnación responde a una solicitud de 1) Revisión Completa de la Junta Obligatoria o 2) Revisión Completa de la Junta Discrecional.
- 10. Fecha de Presentación del Memorando de Decisión del Panel de la Junta.** Ingrese la fecha de la decisión a la que se está apelando.
- 11. Fecha de Notificación.** Ingrese la fecha en que se entregó la Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa al Demandado.
- 12. Resultado Solicitado.** Indique si la impugnación sostiene que 1) la Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta debe denegarse conforme al la Sección 300.13(b)(4) del Título 12 del NYCRR, 2) el Memorando de Decisión debe corregirse administrativamente y cómo debe corregirse, 3) el Memorando de Decisión debe confirmarse en su totalidad, o 4) el Memorando de Decisión debe modificarse y cómo debe modificarse.
- 13. Respuesta a Cuestiones y Motivos.** Proporcione una breve declaración en respuesta a las cuestiones y los motivos planteados en la solicitud, identificando cualquier supuesto error de hecho o de derecho. Conforme a lo dispuesto en la Sección 300.13(b)(1)(i) y (c) del Título 12 NYCRR, el demandado podrá adjuntar un escrito jurídico de hasta ocho (8) páginas de extensión, utilizando letra de 12 puntos, con márgenes de una pulgada, en papel de 8,5 por 11 pulgadas. No se tendrá en cuenta un escrito de más de ocho (8) páginas, a menos que el demandado especifique por escrito por qué el fundamento del recurso no podría haberse presentado en ocho (8) páginas. Los escritos de más de quince (15) páginas no se tendrán en cuenta en ningún caso.

14. Registro. Si el registro citado en la solicitud constituye el registro completo para revisión, deje esta sección en blanco. Si el registro citado en la solicitud no constituye el registro completo para revisión, identifique por fecha y/o número(s) de identificación de documento, las audiencias adicionales, documentos, anexos, otras pruebas y transcripciones en el expediente de la Junta que sean relevantes a los asuntos y motivos planteados en la solicitud que no se citaron en la solicitud. No incluya ni adjunte a la *Impugnación de la Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta* ningún documento que esté presente en el expediente de la Junta en el momento en que se presentó la solicitud o se presenta esta refutación. La Junta puede rechazar una impugnación de un demandado o de un representante legal del demandado si adjuntan documentos que ya estaban en el expediente de la Junta en el momento de la solicitud o de la presentación de esta refutación, de conformidad con la Sección 300.13(b)(1)(ii) y (c) del Título 12 NYCRR.

15. 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 impugnación en derecho y de hecho, que se ha presentado con motivos razonables y que se ha notificado a las partes de interés necesarias en la sección Prueba de Notificación.

16. Prueba de Notificación. La impugnación deberá notificarse a todas las partes interesadas necesarias de conformidad con la Sección 300.13(b)(2)(iv) y (c) del Título 12 NYCRR. El hecho de no notificar adecuadamente a una parte interesada necesaria se considerará notificación defectuosa y la impugnación no podrá ser considerada por la Junta. Cuando la *Impugnación de la Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta* sea presentada por la aseguradora, el empleador autoasegurado u otro pagador o pagador potencial, la notificación se hará al reclamante, al representante legal del reclamante y a otras partes de interés necesarias. Se considerará que la notificación se ha realizado a tiempo si el demandado la completa en un plazo de treinta (30) días a partir de la notificación de la *Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta*. La declaración jurada debe ser completada y debe incluir el método por el cual, y la fecha, la refutación fue presentada ante la Junta. El demandado sólo utilizará un método para presentar la impugnación ante la Junta. Si el demandado presenta réplicas duplicadas, dichas presentaciones duplicadas pueden considerarse como planteamiento o continuación de una cuestión sin motivos razonables, y pueden someter al demandado 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 a partir de la notificación de la *Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta*. No es aceptable completar la parte de la declaración jurada donde enumera a las personas notificadas y el método con «Ver adjunto». Si se notifica a una parte por correo electrónico u otros medios electrónicos, la declaración jurada debe incluir una certificación de que la parte así notificada proporcionó permiso explícito para recibir la notificación por dichos medios [ver la Sección 300.13(b)(2)(iv)(C) y (c) del Título 12 NYCRR]. No es necesario que la refutación se notifique a cada parte de la misma manera. La declaración debe estar fechada y firmada bajo pena de perjurio.



IMPUGNACIÓN DE LA SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN / REVISIÓN POR LA JUNTA COMPLETA

| | | | | |
|---|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 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 Lesión/Baja |
| | | | | |
| 6. Nombre del Reclamante | | | 7. Dirección del Reclamante | |
| | | | | |
| 8. Esta impugnación se realiza en nombre de: | | | | |
| 9. Esta impugnación es en respuesta a una solicitud de (elija sólo una): | | | | |
| <input type="checkbox"/> Revisión completa de la Junta Obligatoria <input type="checkbox"/> Revisión de la Junta Completa Discrecional | | | | |
| 10. Fecha de Presentación del Memorando de Decisión (mm/dd/aaaa): | | | | |
| 11. La solicitud fue notificada al demandado el (mm/dd/aaaa): | | | | |
| 12. Esta impugnación sostiene que: | | | | |
| <input type="checkbox"/> La solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta debe ser denegada. <input type="checkbox"/> El Memorando de Decisión debe corregirse administrativamente para que diga: _____ <input type="checkbox"/> El Memorando de Decisión debe ser confirmado en su totalidad. <input type="checkbox"/> El Memorando de Decisión debe ser modificado en cuanto a: _____ | | | | |
| 13. Respuesta a las cuestiones y motivos (ver instrucciones para más detalles): | | | | |
| | | | | |
| 14. Si no se basa en el registro, identifique las pruebas adicionales pertinentes (ver las instrucciones para más detalles): | | | | |
| | | | | |

15. 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 afirmación 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: _____ Nº 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 las Secciones 300.13(b)(2)(iv) y (3) del Título 12 NYCRR para esta *Impugnación de la Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta* en la forma establecida a continuación y entiendo que este documento puede presentarse en una acción o procedimiento en un tribunal de justicia.

A. Presenté la *Impugnación de la Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta* ante la Junta el (fecha - mm/dd/aaaa) _____ por (elija un método):

- Correo postal a PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (solo para reclamantes sin representación)
- Correo electrónico a wcbclaimsfilings@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 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 *Refutación de la Solicitud de Revisión de la Junta* el (fecha - mm/dd/aaaa) _____ a (adjunte hojas adicionales si es necesario):

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 la presente *Impugnación de la Solicitud de Reconsideración/Revisión cCompleta de la Junta*, tal como se indica más arriba, se realizó en el plazo de treinta días a partir de la presentación de la decisión objeto de la presente solicitud.

Fecha (mm/dd/yyyy): _____ Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____