

## INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE RB-89

**DEMANDEUR** : une *demande de révision par la Commission (formulaire RB-89)*, ou ultérieurement « la demande », doit être déposée dans les 30 jours civils suivant la date de dépôt de la décision du juge des accidents du travail (JLDAT). Le *formulaire RB-89* est réputé déposé auprès de la Commission à la date de réception effective de la demande par la Commission. Conformément à l'article 12 NYCRR 300.13(b)(3) et sur décision du président, le *formulaire RB-89* ne peut être déposé qu'à l'adresse électronique centralisée pour les demandes ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)) ou via le lien de téléchargement Web de la CAT (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Les demandeurs non représentés peuvent également envoyer le *formulaire RB-89* par courrier à l'adresse postale centralisée de la Commission (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Les formulaires *RB-89* relatifs aux demandes d'indemnisation pour discrimination doivent être déposés auprès de la Commission en envoyant le *formulaire RB-89* à l'unité Discrimination de la Commission, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Les formulaires *RB-89* relatifs aux demandes de prestations d'invalidité (demandes d'indemnisation 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 demande au Bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Une copie de cette demande doit être signifiée à toutes les parties intéressées conformément à l'article 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Le *formulaire RB-89*, 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 remplies et tout mémoire juridique joint doit être conforme à l'article 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Le fait de ne pas fournir toutes les informations requises par l'article 12 NYCRR 300.13 et les présentes instructions peut entraîner le rejet de la demande.

**REMARQUE** : les *demandes d'examen par la Commission* ne seront pas acceptées si elles sont remises en main propre à un bureau de la Commission. Les formulaires *RB-89* envoyés par la poste ou soumis directement à la Division de révision administrative seront considérés comme n'ayant pas été déposés auprès de la Commission et ne seront pas pris en considération.

**AUTRES PARTIES** : Toute *contestation de la Demande de révision par la Commission (formulaire RB-89.1)* doit être signifiée à la Commission dans les 30 jours civils suivant la date à laquelle la demande a été signifiée aux parties, comme indiqué dans la section Preuve de la signification du formulaire *RB-89*, conformément à l'article 12 NYCRR 300.13(c).

- 1. Numéro(s) de dossier WCB.** Saisissez le(s) numéro(s) de dossier WCB concernant la (les) demande(s) faisant l'objet du recours. Le(s) numéro(s) de dossier WCB comprend(-nent) le numéro de dossier pour l'indemnisation des accidents du travail, la discrimination, les prestations d'invalidité, la discrimination en matière de congés familiaux payés, les prestations de pompier volontaire et d'ambulancier volontaire.
- 2. Numéro(s) du dossier de l'assurance.** Saisissez le(s) numéro(s) de dossier de(s) de l'assurance concernant la (les) demande(s) faisant l'objet du recours. Ce point/Cette section ne s'applique pas aux demandes pour discrimination.
- 3. Code de l'assurance.** Saisissez le code de l'assurance concernant la demande faisant l'objet du recours. Ce point/Cette section ne s'applique pas aux demandes pour discrimination.
- 4. Nom de l'assurance.** Saisissez le nom de l'assurance concernant la demande faisant l'objet du recours. Ce point/Cette section ne s'applique pas aux demandes pour discrimination.
- 5. Date de la blessure/du congé.** Saisissez 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, saisissez la date de la plainte pour discrimination).
- 6. Nom du demandeur.** Saisissez le nom complet de l'employé(e).
- 7. Adresse du demandeur.** Saisissez l'adresse de l'employé(e) en indiquant le numéro, le nom de la rue, celui de la ville et de l'État ainsi que le code postal de l'employé(e), et son adresse postale, si elle est différente.
- 8. Partie déposant l'appel.** Indiquez la partie qui dépose la présente *Demande de révision par la commission*.
- 9. Type de demande.** Indiquez si la demande concerne 1) la révision d'une décision de la WCLJ ou 2) une nouvelle audience ou une réouverture.
- 10. Date de la décision.** Saisissez la date de la décision faisant l'objet du recours.
- 11. Spécifier le(s) point(s) devant faire l'objet de la révision.** Indiquez le(s) point(s) devant faire l'objet d'une révision.
- 12. Motif du recours.** Indiquez brièvement les motifs particuliers sur lesquels le recours est fondé, 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 chambre sur les questions à trancher sont insuffisantes. Conformément à l'article 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i), le demandeur peut joindre un mémoire juridique d'une longueur maximale de huit (8) pages, en utilisant une police de 12 points, avec des marges d'un pouce (2,5 cm), sur du papier de 8,5 pouces (21,59 cm) par 11 pouces (27,94 cm). Un mémoire de plus de huit (8) pages ne sera pas pris en considération, à moins que le requérant ne précise par écrit pourquoi le fondement du recours n'aurait pas pu être présenté en huit (8) pages. Un mémoire de plus de quinze (15) pages ne sera en aucun cas pris en considération.

13. **Dates d'audience, transcriptions, documents, pièces à conviction et autres preuves.** Indiquez la ou les dates d'audience auxquelles la ou les questions ont été soulevées devant la 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 questions et les motifs invoqués pour le révison. Si le procès-verbal n'est pas transcrit, l'indiquer. Ne joignez pas à une *demande de révison par la Commission* des documents qui se trouvent dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande. La Commission peut rejeter une *demande de révison* présentée par un demandeur ou son représentant légal s'il joint des documents qui se trouvaient déjà dans le dossier de la Commission au moment de la demande, conformément à l'article 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii). Ne joignez pas ou ne soumettez pas de transcriptions d'audiences enregistrées, car la Commission ne les examinera pas.
14. **Preuves nouvelles et supplémentaires.** Si le requérant souhaite présenter des preuves nouvelles ou supplémentaires avec la *Demande de révison de la Commission* qui n'ont pas été présentées devant la WCLJ, il doit, 1) indiquer sur la demande si ces preuves sont jointes à la demande ou se trouvent dans le dossier de la Commission, en précisant le numéro d'identification du document applicable, et 2) fournir une affirmation énonçant les preuves et expliquant pourquoi ces dernières n'ont pas pu être présentées devant la WCLJ. La Commission peut ou non exercer son pouvoir discrétionnaire pour accepter ces preuves. Si la déclaration n'est pas jointe à la demande, ces preuves nouvelles ou supplémentaires ne seront pas prises en compte par la Commission [voir l'article 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii)].
15. **Objection ou exception.** Précisez l'objection ou l'exception qui a été opposée à la décision, ainsi que la date à laquelle l'objection ou l'exception a été opposée, comme l'exige l'article 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii). Si l'objection ou l'exception a été formulée lors d'une audience, la date de l'audience au cours de laquelle l'objection ou l'exception a été formulée doit être indiquée. Si l'objection ou l'exception a été formulée lors d'une procédure hors calendrier, la date de la procédure hors calendrier doit être mentionnée [12 NYCRR 300.13(b)(4)(v)(a), (b), et (c)].
16. **Paiements d'indemnités.** Lorsque le *formulaire RB-89* est présenté par l'assureur ou l'employeur auto-assuré, indiquez si des indemnités sont versées pendant l'instruction de la demande. Dans la négative, indiquez la date à laquelle les paiements ont été suspendus conformément à l'article 23 de la WCL. Dans l'affirmative, indiquez le taux auquel les indemnités continues sont versées. Si les indemnités sont versées à un taux inférieur au taux accordé, indiquez la date à laquelle les paiements ont été réduits. Si les paiements sont suspendus, indiquer la raison de l'appel qui constitue la base juridique de la suspension des paiements. Ce point/cette section ne s'applique pas aux demandes de discrimination.
17. **Certification.** 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 demande est fondée en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée aux parties intéressées dans le paragraphe relatif à la preuve de la signification ou à la notification.
18. **Preuve de la signification.** La demande doit être signifiée à toutes les parties intéressées conformément à l'article 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Le fait de ne pas signifier correctement une partie nécessaire est considéré comme une signification défailante et la demande peut être rejetée par la Commission. Lorsque la *Demande de révison par la Commission* est déposée par l'assureur, l'employeur auto-assuré ou tout autre payeur ou payeur potentiel, la signification doit être faite au demandeur, à son représentant légal et aux autres parties intéressées nécessaires. La notification est considérée comme effectuée dans les délais si elle est réalisée par le requérant 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 motifs raisonnables, et peuvent soumettre le requérant à des évaluations en vertu de l'article 114-a(3) de la WCL. La déclaration remplie doit préciser les documents signifiés, les noms des parties intéressées signifiées, la date et la méthode de signification pour chaque partie intéressée, et que la signification 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 la déclaration qui énumère les personnes signifiées et le mode de signification par la mention « Voir ci-joint ». Si une partie est signifiée par courrier électronique ou par d'autres moyens électroniques, la déclaration doit inclure une certification selon laquelle la partie ainsi signifiée a donné son autorisation explicite de recevoir la signification par ces moyens [voir l'article 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. La demande ne doit pas nécessairement être signifiée à chaque partie de la même manière. La déclaration doit être datée et signée sous peine de nullité.



## CDEMANDE DE RÉVISION PAR LA COMMISSION

<b>1. No. de dossier WCB</b>	<b>2. No. du dossier d'assurance</b>	<b>3. Code de l'assurance</b>	<b>4. Nom de l'assurance</b>	<b>5. Date blessure/congé</b>
<b>6. Nom du demandeur</b>			<b>7. Adresse du demandeur</b>	
<b>8. Cette demande est présentée au nom de :</b>				
<b>9. Type de demande (Cochez 1 SEULE case) :</b> <input type="checkbox"/> Révision de la demande de la WCLJ <input type="checkbox"/> Nouvelle audience ou réouverture				
<b>10. Date de la décision (mm/jj/aaaa) :</b>				
<b>11. Précisez le(s) problèmes devant faire l'objet d'un examen :</b>				
<b>12. Base de l'appel. La présente demande de réexamen est fondée sur les motifs suivants (si vous joignez un mémoire juridique, celui-ci ne doit pas dépasser 8 pages (voir les instructions pour obtenir plus de détails) :</b>				
<b>13. Dates d'audience, transcriptions, documents, pièces et autres preuves (voir les instructions pour obtenir plus de détails) :</b>				
<b>14. Preuves nouvelles et supplémentaires conformément à l'article 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) (voir les instructions pour obtenir plus de détails) :</b>				
<b>15. Objection ou exception. Précisez à la fois l'objection ou l'exception formulée à l'encontre de la décision ET la date à laquelle elle a été formulées, comme l'exige l'article 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii) :</b>				
<b>16. Des indemnités sont-elles versées pendant l'examen de la demande ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<b>Si Non, date de l'interruption (mm/jj/aaaa) :</b>		<b>Si Oui, à quel taux ?</b>		<b>En cas de réduction, date de celle-ci (mm/jj/aaaa) :</b>
<b>Indiquez la raison de l'appel qui justifie juridiquement l'arrêt des paiements :</b>				



**17. Certification :** En signant le présent document dans l'espace prévu ci-dessous, je certifie que cette 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 en cause en utilisant la mode de signification ou de notification, y compris l'adresse réelle où la signification ou la notification a été transmise et qui figure dans l'affirmation de signification ou de notification ci-dessous. Je comprends que la loi sur les accidents du travail prévoit des sanctions importantes en cas de recours 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 préparateur : \_\_\_\_\_ Date préparée (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_  
Nom en lettres capitales : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_ No. téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**AFFIRMATION**

**PREUVE DE JUSTIFICATION**

J'affirme par la présente, sous peine de parjure, que j'ai respecté les exigences en matière de dépôt et de signification énoncées dans l'article 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3) pour la présente demande de révision par la Commission de la manière décrite ci-dessous et je comprends que ce document peut faire l'objet d'une action ou d'une procédure devant un tribunal.

- A. J'ai déposé la *Demande de révision par la Commission* le (date - mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_ par (sélectionnez une méthode) :
- Courrier envoyé à l'adresse PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (pour les demandeurs non représentés uniquement)
  - E-mail à l'adresse : wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
  - Lien de téléchargement WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
  - Demande d'indemnisation pour discrimination au travail :** Envoyer la lettre à l'Unité de discrimination, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
  - Prestations d'invalidité :** Envoyer la lettre au Bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

- B. J'ai signifié la *Demande de révision par la Commission* le (date - mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_ à (joignez des feuilles supplémentaires si nécessaires) :
- |             |                       |                     |
|-------------|-----------------------|---------------------|
| 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 les parties signifiées par e-mail ou autres moyens électroniques ont donné leur accord explicite pour recevoir la signification par lesdits moyens.

Je certifie que la notification de la présente *demande de réexamen de la Commission*, telle que décrite ci-dessus, a été effectuée dans les trente jours suivant le dépôt de la décision faisant l'objet de la présente demande.

Date (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
Nom en lettres capitales : \_\_\_\_\_