

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ RB-89

**ЗАЯВИТЕЛЮ:** *Заявление о пересмотре решения Советом (Форма RB-89)*, далее – «Заявление», необходимо подать в течение 30 календарных дней с даты подачи решения судьи по вопросам компенсации работникам (СВКР). *Форма RB-89* считается поданной в Совет в день фактического получения заявления Советом. В соответствии с 12 NYCRR [Кодексы, правила и нормы Нью-Йорка] 300.13(b)(3) и указом Председателя, *Форма RB-89* подается только на централизованный адрес электронной почты для подачи заявлений ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), или на сайте Совета по выплате компенсаций работникам по ссылке (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Истцы, подающие заявление без юридического представителя, могут также отправить *Форму RB-89* в Совет по централизованному почтовому адресу Совета (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). *Формы RB-89* по искам о дискриминации при выплате компенсации работникам подаются в Совет путем отправки *Формы RB-89* по почте в Отдел по борьбе с дискриминацией Совета, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. *Формы RB-89* по искам о выплате пособий по нетрудоспособности (требования о возмещении утраченной заработной платы в связи с травмами или заболеваниями, не связанными с работой) подаются в Совет путем направления заявления по почте в Бюро по выплате пособий по нетрудоспособности, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Копию данного заявления следует отправить всем заинтересованным сторонам в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). *Форма RB-89*, если только она не подается истцом без представителя, должна быть составлена в формате, установленном Председателем, все разделы заявления должны быть заполнены, а прилагаемая юридическая справка должна соответствовать требованиям 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Непредоставление всей информации, требуемой 12 NYCRR 300.13 и настоящими инструкциями, может привести к отклонению заявления.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** *Заявления о пересмотре решения Советом* не принимаются, если они доставлены вручную в офис Совета. *Формы RB-89*, отправленные по почте или представленные непосредственно в Отдел административного контроля, не считаются поданными в Совет и не рассматриваются.

**ВСЕМ ОСТАЛЬНЫМ СТОРОНАМ:** *Опровержение заявления о пересмотре решения Советом (форма RB-89.1)* должно быть подано в Совет в течение 30 календарных дней после даты вручения заявления сторонам, как указано в разделе «Доказательство вручения» формы *RB-89* в соответствии с 12 NYCRR 300.13(c).

- 1. Номер дела (номера дел) Совета по выплате компенсаций работникам.** Введите номер дела (номера дел) Совета по выплате компенсаций работникам по обжалуемому(ым) иску(ам). Номер дела Совета по выплате компенсаций работникам включает в себя номер дела по компенсации работникам, дискриминации, пособиям по инвалидности, дискриминации в связи с оплачиваемым семейным отпуском, пособиям пожарным-волонтерам и работникам скорой помощи-волонтерам.
- 2. Номер дела (номера дел) страховщика.** Укажите номер дела (номера дел) страховщика по обжалуемому требованию (требованиям). Данный раздел/пункт не относится к претензиям по поводу дискриминации.
- 3. Код страховщика.** Введите код страховщика, к которому относится обжалуемое заявление. Этот раздел/пункт не относится к заявлениям о дискриминации.
- 4. Название страховщика.** Укажите название страховщика по обжалуемому иску. Этот раздел/пункт не относится к претензиям о дискриминации.
- 5. Дата травмы/отпуска.** Укажите первоначальную дату получения травмы или дату начала оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (если оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам не брался, укажите дату подачи жалобы на дискриминацию).
- 6. Имя истца.** Укажите полное имя работника.
- 7. Адрес истца.** Укажите адрес улицы, город, штат и почтовый индекс сотрудника, а также адрес для корреспонденции, если он отличается.
- 8. Сторона, подающая апелляцию.** Укажите сторону, подающую данное *Заявление о пересмотре решения Советом*.
- 9. Вид заявления.** Укажите, запрашивается ли в заявлении 1) пересмотр решения СВКР или 2) повторное рассмотрение или возобновление рассмотрения.
- 10. Дата принятия решения.** Укажите дату принятия обжалуемого решения.
- 11. Укажите предмет(ы) рассмотрения.** Укажите конкретный вопрос(ы), требующий(е) рассмотрения.
- 12. Основание для апелляции.** Предоставьте краткое изложение конкретных оснований, на которых основывается апелляция, включая конкретные фактические выводы, которые оспариваются, и/или предполагаемые ошибки в применении закона. Общие доводы, которые не обращаются к Совету касательно вопросов, требующих решения, являются недостаточными. В соответствии с требованиями 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i), апеллянт может приложить к заявлению юридическую справку объемом до восьми (8) страниц, напечатанный шрифтом 12 пунктов, с полями в один дюйм, на бумаге размером 8,5 на 11 дюймов. Справка, превышающая восемь (8) страниц, не будет рассматриваться, если апеллянт не укажет в письменной форме, почему основания апелляции не могли быть изложены на восьми (8) страницах. Справка, превышающая пятнадцать (15) страниц, не будет рассматриваться ни при каких обстоятельствах.

13. **Даты слушаний, стенограммы, документы, вещественные и иные доказательства.** Укажите дату (даты) слушания, на котором вопрос(ы) был(и) поднят(ы) перед судьей по делам о компенсации рабочим, а также любые другие соответствующие даты слушаний. Укажите по дате и/или идентификационному номеру (номерам) документов стенограммы, документы, отчеты, вещественные доказательства и иные доказательства дела Совета, имеющие отношение к вопросам и основаниям, вынесенным на рассмотрение. Если протоколы не расшифрованы, укажите это. Не приобщайте к *Заявлению о пересмотре решения Советом* документы, уже имеющиеся в деле Совета на момент подачи заявления. Совет может отклонить *Заявление о пересмотре решения Советом*, поданное апеллянтом или его юридическим представителем, если они приложат документы, уже имеющиеся в деле Совета на момент подачи заявления, в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii). Не прилагайте и не подавайте стенограммы аудиозаписей слушаний, поскольку Совет не будет их рассматривать.

14. **Новые и дополнительные доказательства.** Если апеллент намерен представить новые или дополнительные доказательства к *Заявлению о пересмотре решения Советом*, которые не были представлены перед судьей по делам о компенсации работникам, он должен 1) уточнить в заявлении, приложены ли эти доказательства к заявлению или находятся в деле Совета, указав соответствующий идентификационный номер документа, и 2) представить удостоверение, в котором излагаются доказательства и объясняется, почему эти доказательства не могли быть представлены перед судьей по вопросам компенсации работникам. Совет может по своему усмотрению принять или не принять такие доказательства. Если удостоверение не предоставлено вместе с заявлением, новые или дополнительные доказательства не будут рассматриваться Советом [см. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii)].

15. **Возражение или исключение.** Укажите возражение или исключение, которое было подано по решению, и дату подачи возражения или исключения, как того требует 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii). Если возражение или исключение было подано на слушании, необходимо указать дату слушания, на котором было подано возражение или исключение. Если возражение или исключение было сделано в ходе внепланового заседания, укажите дату внепланового заседания [12 NYCRR 300.13(b)(4)(v)(a), (b) и (c)].

16. **Выплаты компенсаций.** Если форма *RB-89* подается страховщиком или самострахующимся работодателем, укажите, выплачиваются ли компенсационные выплаты в период рассмотрения заявления. Если нет, укажите дату, когда выплаты были приостановлены в соответствии с §23 «Закона о компенсации работникам». Если да, укажите ставку, по которой продолжают компенсационные выплаты. Если продолжающиеся компенсационные выплаты осуществляются по ставке меньше установленной, укажите дату, когда выплаты были сокращены. Если выплаты приостановлены, укажите вопрос в апелляции, который является юридическим основанием для приостановки выплат. Этот пункт/раздел не относится к искам о дискриминации.

17. **Подтверждение.** Составитель должен подписать и поставить дату на форме (также указав свое имя, должность, номер телефона и адрес), подтверждая, что заявление подано добросовестно, основано на законе и фактах, что оно было инициировано с достаточными основаниями и было вручено всем необходимым заинтересованным сторонам в разделе «Доказательство вручения».

18. **Доказательство вручения.** Заявление должно быть вручено всем необходимым заинтересованным сторонам в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Несоблюдение правил вручения необходимым сторонам будет считаться ненадлежащим вручением, и заявление может быть отклонено Советом. Когда заявление на пересмотр Советом подается страховщиком, самострахующимся работодателем или другим плательщиком или потенциальным плательщиком, вручение должно быть произведено заявителю, юридическому представителю заявителя и другим необходимым заинтересованным сторонам. Вручение считается своевременным, если оно произведено апеллянтом в течение тридцати (30) дней с даты подачи решения Совета. Удостоверение должно быть заполнено и включать способ и дату подачи заявления в Совет. Апеллент должен использовать только один способ подачи заявления в Совет. Если апеллент подает дублирующие заявления, данные дублирующие подачи могут быть признаны необоснованным продолжением вопроса, что может повлечь за собой штрафы в соответствии с § 114-a(3) «Закона о компенсации работникам». В удостоверении должны быть указаны врученные документы, имена врученных сторон, дата и способ вручения каждой стороне, а также то, что вручение было осуществлено в течение 30 дней с даты подачи решения, являющегося предметом заявления. Неприемлемо заполнять часть удостоверения, в которой перечисляются врученные лица и способ вручения, словами «См. приложение». Если стороне отправили заявление по электронной почте или с помощью других электронных средств, подтверждение должно содержать удостоверение того, что сторона дала явное разрешение на получение таким способом [см. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. Заявление не обязательно должно быть вручено каждой стороне одинаковым способом. Удостоверение должно быть датировано и подписано под страхом уголовной ответственности за лжесвидетельство.



## ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕСМОТРЕ РЕШЕНИЯ СОВЕТОМ

1. Номер(а) дела Совета по выплате компенсаций работникам	2. Номер(а) дела страховщика	3. Код страховщика	4. Название страховщика	5. Дата травмы/отпуска
6. Имя истца			7. Адрес истца	
8. Данное заявление подано от имени:				
9. Тип заявления (отметьте ТОЛЬКО один): <input type="checkbox"/> Пересмотр решения СВРК <input type="checkbox"/> Повторное слушание или пересмотр дела				
10. Дата принятия решения (мм/дд/гггг):				
11. Укажите вопрос(ы) для рассмотрения:				
12. Основание для апелляции. Данное заявление о пересмотре основывается на следующих основаниях (если вы прилагаете юридическую справку, она может быть не более 8 страниц, см. инструкции):				
13. Даты слушаний, стенограммы, документы, вещественные доказательства и другие доказательства (см. инструкции):				
14. Новые и дополнительные доказательства в соответствии с 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) (подробности см. в инструкции):				
15. Возражение или исключение. Укажите возражение или исключение, выдвинутое против решения, и дату, когда оно было выдвинуто, как того требует 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii):				
16. Выплачивается ли коипенсация в период рассмотрения заявления? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если нет, укажите дату приостановки (мм/дд/гггг):		Если да, то по какой ставке?		
Если сокращен, укажите дату сокращения (мм/дд/гггг):				
Укажите вопрос в апелляции, который является правовым основанием для прекращения выплат:				



**17. Подтверждение:** Подписывая этот документ в указанном ниже месте, я подтверждаю, что данное заявление имеет добросовестное юридическое и фактическое обоснование, было инициировано с достаточными основаниями и вручено всем необходимым заинтересованным сторонам с использованием способа вручения, включая фактический адрес, по которому вручение было осуществлено, указанный в подтверждении о вручении ниже. Я понимаю, что Закон о компенсации работникам предусматривает значительные штрафы за инициацию или продолжение разбирательства без разумных оснований и/или с целью задержки процесса. Я понимаю, что если данное заявление будет отозвано по какой-либо причине или если любой из поднятых вопросов будет разрешен сторонами, я должен немедленно уведомить об этом Совет и необходимые заинтересованные стороны в письменном виде.

Подпись составителя: \_\_\_\_\_ Дата подготовки (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_

Имя (печатными буквами): \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРУЧЕНИЯ

### УДОСТОВЕРЕНИЕ

Настоящим под страхом уголовной ответственности за лжесвидетельство я удостоверяю, что выполнил требования по подаче и вручению, изложенные в 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) и (3) для данного *Заявления о пересмотре решения Советом* в порядке, изложенном ниже, и понимаю, что этот документ может быть подан в рамках иска или разбирательства в суде

A. Я вручил *Заявления о пересмотре решения Советом* в Совет в (дата - мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_ следующим способом (выберите один из способов):

Отправка по почте по адресу PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (только для истцов без юридического представителя)

Электронная почта: [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)

Ссылка для загрузки на сайте Совета по выплате компенсаций работникам (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

**Заявление о дискриминации при выплате компенсации работникам:** отправка по почте в отдел по борьбе с дискриминацией, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

**Пособия по инвалидности:** Отправить по почте в Бюро пособий по инвалидности, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Я подал Заявление о пересмотре решения Советом (дата - мм/дд/гг) \_\_\_\_\_ на (при необходимости приложите дополнительные листы):

Имя: \_\_\_\_\_ по (способ): \_\_\_\_\_ по (адресу): \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ по (способ): \_\_\_\_\_ по (адресу): \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ по (способ): \_\_\_\_\_ по (адресу): \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ по (способ): \_\_\_\_\_ по (адресу): \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ по (способ): \_\_\_\_\_ по (адресу): \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ по (способ): \_\_\_\_\_ по (адресу): \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ по (способ): \_\_\_\_\_ по (адресу): \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ по (способ): \_\_\_\_\_ по (адресу): \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что любая сторона, которая получила Заявление по электронной почте или с помощью других электронных средств, дала явное разрешение на вручение с помощью таких средств.

Я подтверждаю, что вручение настоящего заявления о пересмотре решения Советом, как указано выше, было осуществлено в течение тридцати дней с момента подачи решения, являющегося предметом настоящего заявления.

Дата (мм/дд/гг): \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Имя (печатными буквами): \_\_\_\_\_