

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL RB-89

**AL SOLICITANTE:** Se debe presentar una *Solicitud de Revisión de la Junta (Formulario RB-89)*, o en adelante "la solicitud", dentro de los 30 días civiles posteriores a la fecha de presentación de la decisión del juez de la Ley de Compensación para Trabajadores (WCLJ). El *formulario RB-89* se considera presentado ante la Junta en la fecha de recepción real de dicha solicitud por parte de la Junta. De conformidad con 12 NYCRR 300.13(b)(3) y la designación del Presidente, el *formulario RB-89* solo se puede presentar en la dirección de correo electrónico centralizada para reclamaciones ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), o mediante el enlace de Carga Web de WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Los reclamantes no representados también pueden enviar por correo el *formulario RB-89* a la Junta a la dirección postal centralizada de la Junta (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Los formularios *RB-89* en reclamaciones por discriminación de compensación laboral deben presentarse a la Junta enviando el *formulario RB-89* por correo a la Unidad de Discriminación de la Junta, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Los formularios *RB-89* en reclamaciones presentadas por beneficios por discapacidad (reclamaciones por salarios perdidos debido a lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el trabajo) deben presentarse a la Junta enviando la solicitud por correo a la Oficina de Beneficios por Incapacidad, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Se debe entregar una copia de esta solicitud a todas las partes de interés necesarias de conformidad con 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). El *formulario RB-89*, a menos que lo presente un reclamante no representado, debe tener el formato prescrito por el Presidente, se deben completar todas las secciones de la solicitud y cualquier escrito legal adjunto debe cumplir con 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). No proporcionar toda la información requerida por 12 NYCRR 300.13 y estas instrucciones puede dar lugar a que se deniegue la solicitud.

**NOTA:** No se aceptarán *Solicitudes para la Revisión de la Junta* si se entregan personalmente en una oficina de la Junta. Los *formularios RB-89* enviados por correo o presentados directamente a la División de Revisión Administrativa se considerarán no presentados a la Junta y no se considerarán.

**A TODAS LAS DEMÁS PARTES:** Cualquier *Refutación de la Solicitud de Revisión de la Junta (formulario RB-89.1)* debe entregarse a la Junta dentro de los 30 días civiles siguientes a la fecha en que se entregó la solicitud a las partes, como se especifica en la sección Prueba de Entrega del formulario *RB-89* de conformidad con 12 NYCRR 300.13(c).

- Número(s) de caso de la WCB.** Ingrese el número (o los números) de caso (o casos) de la WCB de las reclamaciones que se están apelando. El número (o los números) de caso de WCB incluyen el número de caso de compensación laboral, discriminación, beneficios por discapacidad, discriminación por licencia familiar remunerada, beneficios para bomberos voluntarios y trabajadores voluntarios de ambulancias.
- Número(s) de caso de la aseguradora.** Ingrese el número (o los números) de caso de la aseguradora de las reclamaciones que se están apelando. Esta sección/artículo no se aplica a reclamaciones por discriminación.
- Código de aseguradora.** Ingrese el Código de Portador de la aseguradora por la reclamación que se está apelando. Esta sección/artículo no se aplica a reclamaciones por discriminación.
- Nombre de la Aseguradora.** Ingrese el nombre de la aseguradora por la reclamación que se está apelando. Esta sección/artículo no se aplica a reclamaciones por discriminación.
- Fecha de lesión/licencia.** Ingrese la fecha original en que la lesión se produjo o la fecha en que comenzó la licencia familiar remunerada (si no se tomó la licencia familiar remunerada, ingrese la Fecha de la queja por discriminación).
- Nombre del Reclamante.** Ingrese el nombre completo del empleado.
- Dirección del Reclamante.** Ingrese la dirección, ciudad, estado y código postal del empleado y la dirección postal si es diferente.
- Parte que solicita la apelación.** Indique qué parte presenta esta *Solicitud de Revisión de la Junta*.
- Tipo de Solicitud.** Indique si la solicitud está pidiendo 1) una revisión de una decisión de WCLJ, o 2) una nueva audiencia o reapertura.
- Fecha de la Decisión.** Ingrese la fecha de la decisión que se está apelando.
- Especifique el problema (o los problemas) a revisar.** Indique el problema (o los problemas) específico(s) para su revisión.
- Bases de la apelación.** Proporcione una breve declaración de los motivos particulares en los que se basa la apelación, incluidas las determinaciones de hecho específicas que se cuestionan y/o los errores de derecho que se alegan. Las alegaciones generales que no señalan específicamente a la atención de la Junta las cuestiones que deben decidirse son insuficientes. Según lo prescrito por 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i), un apelante puede adjuntar un escrito legal de hasta ocho (8) páginas de largo, utilizando un tipo de letra de 12 puntos, con márgenes de una pulgada, en papel de 8,5 pulgadas por 11 pulgadas. No se considerará un escrito de más de ocho (8) páginas, a menos que el apelante especifique por escrito por qué el fundamento de la apelación no pudo haberse presentado en ocho (8) páginas. En ninguna circunstancia se considerará un escrito de más de quince (15) páginas.

13. **Fechas de audiencias, transcripciones, documentos, elementos probatorios y otras pruebas.** Indique la(s) fecha(s) de la audiencia en la que se planteó la cuestión (o cuestiones) ante la WCLJ, así como cualquier otra fecha de audiencia relevante. Identifique por fecha y/o número(s) de identificación de documento, las transcripciones, documentos, informes, elementos probatorios y otras pruebas en el expediente de la Junta que sean relevantes para las cuestiones y motivos que se plantean para su revisión. Si no se transcriben actas, indíquelo. No incluya ni adjunte a una *Solicitud de Revisión de la Junta* ningún documento que esté presente en el expediente de la Junta en el momento en que se presenta la solicitud. La Junta puede rechazar una *Solicitud de Revisión de la Junta* por parte de un apelante o su representante legal si adjuntan documentos que ya están en el expediente de la Junta al momento de la solicitud, de conformidad con 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii). No adjunte ni envíe transcripciones de audiencias grabadas en audio, ya que la Junta no las considerará.

14. **Evidencia nueva y adicional.** Si un apelante busca introducir evidencia nueva o adicional con la *Solicitud de Revisión de la Junta* que no fue presentada ante la WCLJ, el apelante debe: 1) indicar en la solicitud si dicha evidencia está adjunta a la solicitud o está en el expediente de la Junta, especificando el número de identificación del documento aplicable, y 2) presentar una afirmación estableciendo la evidencia y explicando por qué dicha evidencia no se pudo presentar ante la WCLJ. La Junta puede o no ejercer su discreción para aceptar dicha evidencia. Si la afirmación no se presenta con la solicitud, el Panel de la Junta no considerará dicha evidencia nueva o adicional [ver 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii)].

15. **Objeción o Excepción.** Especifique la objeción o excepción que se interpuso al fallo y la fecha en que se interpuso la objeción o excepción según lo requiere 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii). Si la objeción o excepción fue interpuesta en una audiencia, deberá hacerse constar la fecha de la audiencia en que se interpuso la objeción o excepción. Si la objeción o excepción se interpuso en un procedimiento que ocurrió fuera del calendario, se debe indicar la fecha del procedimiento fuera del calendario [12 NYCRR 300.13(b)(4)(v)(a), (b) y (c)].

16. **Pagos de Indemnizaciones.** Cuando la aseguradora o el empleador autoasegurado presente el *formulario RB-89*, indique si se están pagando beneficios de indemnización mientras la solicitud está pendiente. En caso negativo, indique la fecha en la que se suspendieron los pagos de conformidad con la WCL §

23. En caso afirmativo, indique la tasa a la que se pagan los beneficios de indemnización continua. Si los beneficios de indemnización continua se pagan a una tasa inferior a la tasa otorgada, especifique la fecha en la que se redujeron los pagos. Si se suspenden los pagos, indique la cuestión en apelación que constituye la base legal para suspender los pagos. Este artículo/sección no se aplica a reclamaciones por discriminación.

16. **Certificación.** El preparador debe firmar y fechar el formulario (proporcionando también su nombre, título, número de teléfono y dirección) certificando la buena fe de la solicitud de hecho y de derecho, que se había presentado con motivos razonables y que se había entregado a las partes necesarias de interés en la sección Prueba de Entrega.

17. **Prueba de Entrega.** La solicitud debe entregarse a todas las partes de interés necesarias de conformidad con 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). La falta de entrega adecuada a una parte necesaria se considerará entrega defectuosa y la Junta podrá rechazar la solicitud. Cuando la Solicitud de Revisión de la Junta es presentada por la aseguradora, el empleador autoasegurado u otro pagador o posible pagador, la entrega recaerá sobre el reclamante, el representante legal del reclamante y otras partes de interés necesarias. La entrega se considera oportuna si el apelante la realiza dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la decisión por la Junta. La afirmación debe completarse y debe incluir el método por el cual y la fecha en que se presentó la solicitud ante la Junta. El apelante sólo utilizará un método para presentar la solicitud ante la Junta. Si el apelante presenta solicitudes duplicadas, se puede considerar que dichas presentaciones duplicadas plantean o continúan una cuestión sin motivos razonables, y pueden someter al apelante a evaluaciones conforme al artículo 114-a(3) de la WCL §. La afirmación completa debe especificar los documentos entregados, los nombres de las partes de interés notificadas, la fecha y el método de la 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 afirmación donde se enumera a los notificados y el método con "Ver adjunto". Si una parte recibe la notificación por correo electrónico u otro medio electrónico, la afirmación debe incluir una certificación de que la parte notificada de esa manera proporcionó permiso explícito para recibir la notificación por dicho medio [ver 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. No es necesario que la solicitud se notifique a cada parte de la misma manera. La afirmación debe estar fechada y firmada so pena de perjurio.



1. Número(s) de caso de WCB	2. Número(s) de caso de aseguradora	3. Código de aseguradora	4. Nombre de la aseguradora	5. Fecha de lesión/licencia
<b>6. Nombre del reclamante</b>			<b>7. Dirección del reclamante</b>	
<b>8. Esta solicitud se hace en nombre de:</b>				
<b>9. Tipo de solicitud</b> (Marque SOLO una): <input type="checkbox"/> Revisión de decisión de WCLJ <input type="checkbox"/> Nueva audiencia o reapertura				
<b>10. Fecha de la decisión</b> (mes/día/año):				
<b>11. Especifique la cuestión (o cuestiones) para revisión:</b>				
<b>12. Fundamento de la apelación.</b> Esta solicitud de revisión se basa en las siguientes razones (Si adjunta un escrito legal no podrá tener más de 8 páginas, ver instrucciones para más detalles):				
<b>13. Fechas de audiencias, transcripciones, documentos, elementos probatorios y otras pruebas</b> (ver instrucciones para más detalles):				
<b>14. Evidencia nueva y adicional bajo 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii)</b> (ver instrucciones para más detalles):				
<b>15. Objeción o excepción.</b> Especifique la objeción o la excepción interpuesta al fallo Y la fecha en que fue interpuesta según lo requiere 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii):				
<b>16. ¿Se está pagando la indemnización mientras la solicitud está pendiente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Si No, fecha de la suspensión</b> (mes/día/año):		<b>Si es Sí, ¿a qué tasa?</b>		<b>Si se redujo, fecha de reducción</b> (mes/día/año):
<b>Indique la cuestión en apelación que constituye la base legal para suspender los pagos:</b>				



**17. Certificación:** Al firmar este documento en el espacio provisto a continuación, certifico que esta solicitud tiene una base de buena fe de hecho y de derecho, se ha presentado con motivos razonables y se ha entregado a todas las partes de interés necesarias utilizando el método de notificación, incluyendo la dirección real donde se transmitió el servicio que figura en la afirmación de servicio a continuación. Entiendo que la Ley de Compensación de Trabajadores establece sanciones sustanciales por iniciar o continuar procedimientos sin motivos razonables y/o con el propósito de causar un retraso. Entiendo que si esta solicitud se retira por cualquier motivo o si alguna 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 en que se preparó (mes/día/año): \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

## PRUEBA DE ENTREGA

### AFIRMACIÓN

Por la presente afirmo so pena de perjurio que he cumplido con los requisitos de presentación y notificación establecidos en 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) y (3) para esta *Solicitud de Revisión de la Junta* de la manera establecida a continuación y entiendo que este documento puede presentarse en una acción o procedimiento en un tribunal de justicia.

A. Presenté la *Solicitud de Revisión de la Junta* ante la Junta en (fecha – mes/día/año) \_\_\_\_\_ por (elija un método):

Envío a PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (solo para reclamantes no representados)

Correo electrónico a [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)

Enlace de carga web a WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

**Reclamación por discriminación de compensación laboral:** Enviar a Unidad de Discriminación, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

**Beneficios de discapacidad:** Enviar a Oficina de Beneficios de Discapacidad, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Entregué la *Solicitud de Revisión de la Junta* en (fecha – mes/día/año) \_\_\_\_\_ (adjunte 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 otro medio electrónico dio permiso explícito para recibir el servicio por dicho medio.

Certifico que la notificación de esta *Solicitud de Revisión de la Junta*, como se indicó arriba, se completó dentro de los treinta días posteriores a la presentación de la decisión que es objeto de esta solicitud.

Fecha (mes/día/año): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_