

إلى **المُستجيب**: يجب تقديم رد على طلب إعادة النظر / مراجعة مجلس الإدارة الكامل (نموذج RB-89.3)، أو ما يُشار إليه لاحقًا بـ "الرد"، في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد تسليم طلب إعادة النظر / مراجعة مجلس الإدارة الكامل (نموذج RB-89.2)، أو ما يُشار إليه لاحقًا بـ "الطلب"، إلى المستجيب. يُعتبر نموذج RB-89.3 قد تم تقديمه إلى المجلس في تاريخ الاستلام الفعلي لهذا الرد من قبل المجلس. وفقًا لـ 12 NYCRR 300.13(c)، التي تتطلب تطابق جميع الردود مع متطلبات 12 NYCRR 300.13(b)، يمكن تقديم نموذج RB-89.3 فقط إلى عنوان البريد الإلكتروني المركزي للمطالبات ([wcbclaims@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaims@wcb.ny.gov))، أو عبر رابط تحميل WCB على الويب (<https://wcbdoc.services.conduent.com>). يمكن للمدعين غير الممثلين بدلاً من ذلك إرسال نموذج RB-89.3 إلى المجلس على العنوان البريدي المركزي للمجلس (صندوق بريد 5205، Binghamton، NY 13902-5205). يجب تقديم نماذج RB-89.3 في حالات تمييز تعويضات العمال إلى المجلس عن طريق إرسال الرد إلى وحدة التمييز بالمجلس، صندوق بريد 9029، Endicott، NY 13761-9029. يجب تقديم نماذج RB-89.3 في حالات المطالبات للحصول على مزايا العجز (المطالبات للأجور المفقودة بسبب إصابات أو أمراض غير متعلقة بالعمل) إلى المجلس عن طريق إرسال الرد إلى مكتب مزايا العجز، صندوق بريد 9029، Endicott، NY 13761-9029. يجب تقديم نسخة من هذا الرد إلى جميع الأطراف المعنية الضرورية وفقًا لـ 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv). يجب أن يكون نموذج RB-89.3، ما لم يتم تقديمه من قبل مدعي غير ممثل، بتنسيق يحدده الرئيس، ويجب إكمال جميع أقسام الرد، وأي ملخص قانوني مرفق يجب أن يتوافق مع 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv). قد يؤدي الفشل في توفير جميع المعلومات المطلوبة من قبل النموذج إلى رفض الرد. قد يؤدي الفشل في توفير جميع المعلومات المطلوبة بموجب 12 NYCRR 300.13 وهذه التعليمات إلى رفض الطلب.

**ملاحظة:** لن يُقبل رد على طلب إعادة النظر / مراجعة مجلس الإدارة الكامل إذا تم تسليمه يدويًا إلى مكتب للمجلس. سيتم اعتبار نموذج RB-89.3 الذي يُرسل بالبريد أو يُقدّم مباشرة إلى مكتب للمجلس أو إلى مكتب للمجلس في نيويورك غير مقبول.

1. **رقم القضية في WCB.** أدخل رقم القضية في WCB الذي طالبة التي يتم الطعن في هيئته من قبل قاضي في WCB رقم القضية التي تعترضات العمل، التمييز، مزلي العجز، التمييز في إجازة العمل، الإعاقة، التطوع، التطوعين الأطفال، ومزلي التطوع سريارات الإسعاف.
2. **رقم القضية لدى الناقل.** أدخل رقم القضية لدى الناقل للطلب التي يتم الطعن في هيئته. العن طريق طلاق سم / اللين دعى طالبات التمييز.
3. **رمز الناقل.** أدخل رمز الناقل الخاص بالطلب التي يتم الطعن في هيئته. العن طريق طلاق سم / اللين دعى طالبات التمييز.
4. **اسم الناقل.** أدخل اسم الناقل للطلب التي يتم الطعن في هيئته. العن طريق طلاق سم / اللين دعى طالبات التمييز.
5. **تاريخ الإصابة/الإجازة.** أدخل التاريخ الذي حثف فيه الإصابة، أوتاريخ بدء إجازة الإعاقة أو الإعاقة، إدخال أو الإعاقة، أدخل التاريخ الذي خشي كوى التمييز.
6. **اسم المدعي.** أدخل الاسم الكامل للموظف.
7. **عنوان المدعي.** أدخل عنوان الشارع، المدينة، الولاية، والرمز البريدي للموظف، وعنوان البريد إذا كان معيلاً.
8. **الطرف الذي يقدم هذا الرد.** حدد الطرف الذي يقدم هذا الرد.
9. **نوع الطلب الذي يرد عليه الرد.** حدد ما إذا كان الدراسة يجب طلب إما 1) تراجع عقالة الزايف لمجلس، أو 2) تراجع عقالة قاضي في قلم مجلس.
10. **تاريخ تقديم مذكرة قرار لجنة المجلس.** أدخل التاريخ الذي تم الطعن في القرار الذي تم الطعن في.
11. **تاريخ الخدمة.** أدخل التاريخ الذي تم طلب إعادة النظر / تراجع لامجلس الكامل إلى المكتب يجب.
12. **النتيجة المطلوبة.** حدد ما إذا كان الرديز عم أن 1) طلب إعادة النظر / تراجع لامجلس الكامل يجب أن يُفرض فوق ال- 12 NYCRR 300.13(b)(4)، 2) مذكرة القرار يجب تصحيحه، وإدخالاً ونقيص تصحيحه، 3) مذكرة القرار يجب تصحيحه، 4) مذكرة القرار يجب تصحيحه، 5) مذكرة القرار يجب تصحيحه.
13. **الرد على المسائل والأسس.** قدم ردًا على الأمر والرسالة التي تدارها الطلب، مع تحديد أي مزاعم يجب حريف الوقوع أو الوقول. كما هو موصوف في 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) و c) (يُفرض للمبت يجب إرفاق ملخص قصير من طول العمل الذي 8) (صفحات سيايات خدام خطب ح 12 قطة، و هامش يشف اعوصة واحدة، على ورق مقاس 8.5 بوصة × 11 بوصة. لن يُقبل أي ملخص أطول من 8 صفحات، ما لم يحدد المبت يجب قبله أن المبت يجب أن لا يكون في المقام الأول. يمكن تقديم ملخصات أكثر من 8 صفحات. لن يُقبل أي ملخص أطول من خمس عشرة (15) صفحة تحت أي ظرف من الظروف.

[illegible]

**15. التصديق:** يجب على الامتثال لمتطلبات (فوق المودج) ورقم مفه، ورجوعه (مقدمًا على الأسس القانونية والخطط للرد، وأن يتم تقييد أسس مرجولة، وأن يتم إرسال الأطراف المعنية لضروري في نفس مبادئ الخدمة.

[illegible]

طلب إعادة  
النظر / مراجعة مجلس الإدارة الكامل



|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                 |               |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|--------------------------|
| 1. رقم/أرقام قضية WCB                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2. رقم/أرقام قضية الناقل | 3. رمز الناقل   | 4. اسم الناقل | 5. تاريخ الإصابة/الإجازة |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                 |               |                          |
| 6. اسم المدعي                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          | 7. عنوان المدعي |               |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                 |               |                          |
| 8. يتم تقديم هذا الرد نيابة عن:                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                 |               |                          |
| 9. هذا الرد هو استجابة لطلب (اختر واحدة فقط):<br><input type="checkbox"/> مراجعة كالملة إلزامي لملحس<br><input type="checkbox"/> مراجعة كالملة استجاري لملحس                                                                                                                              |                          |                 |               |                          |
| 10. تاريخ تقديم مذكرة القرار (شهر/يوم/سنة):                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                 |               |                          |
| 11. تم تسليم الطلب إلى المستجيب في (شهر/يوم/سنة):                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                 |               |                          |
| 12. هذا الرد يزعم أن:<br><input type="checkbox"/> طيب إعادة النظر / مراجعة لملحس لكالملي جب أني فوض.<br><input type="checkbox"/> مذكرة لقراري جبتمسحجها إداي القرا:<br><input type="checkbox"/> مذكرة لقراري جبأكليد ملالكالم.<br><input type="checkbox"/> مذكرة لقراري جبتمسحجها كالملي: |                          |                 |               |                          |
| 13. الاستجابة للقضايا والأسس (الظرواحي ماستفيا صريل):                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                 |               |                          |
| 14. إذا لم تعتمد على السجل، حدد الأدلة الإضافية ذات الصلة (الظرواحي ماستفيا صريل):                                                                                                                                                                                                        |                          |                 |               |                          |

15. التصديق بتوقيعي هذه الوثيقة في الـ (أنا)، فأربأن هذا الردلأساس حسن النية في لقلون والوقوع، وتم تقديم مبلأس عقولة، وتلقي مبلأس جيجع الأطراف مبلأس ضروري بقايت خدام طوقال خدمهم في ذلك لجرواللفيحي حيثتم راسال خدمال مبلأس في أي دال خدمه أناه أفهم أنقانون تعويضاتال عمل المينص على عقوبات لغير تقيهم أوتلجعة إلجراعات دونأسس مقولة و/أول عرض التناخير. فلم أنه إنلتمسحب هذا لطلبأي سبب أو إنلتم حل أي من لاضطرا لالمطروحة من قبل الأطراف يجب لفي إخطار لملحس والأطراف لملحس لتيتم تقيهم لخدمه لفي طور الفسلي.

توقيع المعد \_\_\_\_\_ تاريخ التحضير (شهر/يوم/سنة): \_\_\_\_\_  
الاسم مطبوع: \_\_\_\_\_ اللقب: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_

## إثبات الخدمة

### التأكيد

أقرب بموجب مذكرة طلب العمل التي يبين أن يقدّم الطلب انتداباً لخدمة كـم أو وُصِفَ على في (iv)(2)(b) 12 NYCRR 300.13(و)3(ل) هذا الرد على طلب إعادة النظر / مراجعة لـمجلس الكمال بطريقه لـمحددة اناء، فـلـم أن هذه الوثيقة قد تمّ دَفْعُ دعوى أو إجراء عقلي في محكمة.

أقرب بتقديم رد طلب إعادة النظر / مراجعة لـمجلس الكمال إلى لـمجلس ابتدائي (التاريخ - شهر/يوم/سنة) عبر (اختار طريقة واحدة):

☐ عبر البريد إلى NY 13902، Binghamton، PO Box 5205 (لـمجلس الكمالين غير المثاليين فقط)

☐ عبر البريد الإلكتروني إلى [wcbclaims@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaims@wcb.ny.gov)

☐ رابطة حيل WCB عبر الويب (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

☐ قضايا تمييز تعويضات العمال: البريد إلى وحدة التمييز، NY 13761-9029، Endicott، PO Box 9029

☐ فوائد الإعاقة: البريد إلى مكتب فلويد إل عنة، NY 13761-9029، Endicott، PO Box 9029

ب: قدمت تقديم رد طلب مراجعة لـمجلس الكمال إلى (التاريخ - شهر/يوم/سنة) إلى (أفك أوركاً لـمجلس الكمالين إذا لزم الأمر):

|        |                   |               |
|--------|-------------------|---------------|
| الاسم: | بواسطة (الطريقة): | في (العنوان): |
| الاسم: | بواسطة (الطريقة): | في (العنوان): |
| الاسم: | بواسطة (الطريقة): | في (العنوان): |
| الاسم: | بواسطة (الطريقة): | في (العنوان): |
| الاسم: | بواسطة (الطريقة): | في (العنوان): |
| الاسم: | بواسطة (الطريقة): | في (العنوان): |
| الاسم: | بواسطة (الطريقة): | في (العنوان): |
| الاسم: | بواسطة (الطريقة): | في (العنوان): |

أقرب أن أي طرف تم تقديم لـمجلس الكمال إليه عبر البريد الإلكتروني أو وُصِفَ بالبريد الإلكتروني آخر قد منح إنصافاً لـمجلس الكمال في هذه المراسلة.

أقرب أن تقديم رد طلب إعادة النظر / مراجعة لـمجلس الكمال، كـم أو موضح أعلاه، قد تمّ خلال الثلاثين يوماً من تقديم القرار الذي هو موضوع هذا الطلب.

التاريخ (شهر/يوم/سنة): \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

الاسم مطبوع: \_\_\_\_\_