

## INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE RB-89.3

**À L'INTIMÉ :** Une *Contestation de la Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission (Formulaire RB-89.3)*, ou autrement dit « la contestation », doit être déposée dans les 30 jours qui suivent la notification de la *Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission (Formulaire RB-89.2)*, ou autrement dit « la demande », à l'intimé. Le *Formulaire RB-89.3* est considéré déposé auprès de la Commission à la date de réception effective de la contestation par la Commission. Conformément à l'article 300.13(c) du titre 12 NYCRR, qui exige que toutes les contestations soient conformes aux exigences de l'article 300.13(b) du titre 12 NYCRR, le *Formulaire RB-89.3* ne peut être déposé qu'à l'adresse électronique centralisée pour les demandes d'indemnisation ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), ou par le biais du lien de téléchargement sur le site web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Les demandeurs non représentés peuvent également envoyer le *Formulaire RB-89.3* à la Commission à l'adresse postale Centralisée de la Commission (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Les Formulaires *RB-89.3* relatifs aux demandes d'indemnisation pour discrimination doivent être déposés auprès de la Commission en envoyant la demande par courrier à l'Unité de Discrimination de la Commission, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Les Formulaires *RB-89.3* relatifs aux demandes de prestations d'invalidité (demandes de compensation 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 contestation au Bureau des Prestations d'Invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Une copie de cette contestation doit être remise à toutes les parties intéressées conformément à l'article 300.13(b)(1)(iv) du titre 12 NYCRR. Le *Formulaire RB-89.3*, 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 contestation doivent être complétées et tout document juridique joint doit être conforme à l'article 300.13(b)(1)(i) du titre 12 NYCRR. Si toutes les informations requises par l'article 300.13 du titre 12 NYCRR et les présentes instructions ne sont pas fournies, la contestation peut ne pas être prise en considération.

**REMARQUE :** Une *Contestation de la Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission* ne seront pas acceptées si elles sont remises en main propre à un bureau de la Commission. Les *formulaires RB-89.3* envoyés par la poste ou soumis directement au Bureau de l'Avocat Général seront considérés comme n'ayant pas été déposés auprès de la Commission et ne seront pas pris en considération.

**1. Numéro(s) de Dossier de la WCB.** Indiquez le(s) Numéro(s) de Dossier de la Commission des Accidents du Travail (WCB) de la (des) demande(s) concernée(s) par le recours. Le(s) Numéro(s) de Dossier de la WCB comporte(nt) le numéro de dossier pour la compensation des accidents du travail, la discrimination, les prestations d'invalidité, la discrimination liée au congé familial payé, les prestations des pompiers volontaires et des ambulanciers volontaires.

**2. Numéro(s) de Dossier de l'Assureur.** Indiquez le(s) numéro(s) de dossier de l'assureur pour la (des) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.

**3. Code de l'Assureur.** Indiquez le code de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.

**4. Nom de l'Assureur.** Indiquez le nom de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.

**5. Date de l'Accident/du Congé.** Indiquez 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, indiquez la date de la réclamation pour discrimination).

**6. Nom du Demandeur.** Indiquez le nom complet de l'employé.

**7. Adresse du Demandeur.** Indiquez l'adresse, la ville, l'État et le code postal de l'employé, ainsi que son adresse postale si elle est différente.

**8. Partie Déposant cette Contestation.** Indiquez la partie qui dépose cette contestation.

**9. Type de Demande à laquelle la Contestation Répond.** Indiquer si la contestation répond à une demande de 1) Révision Complète Obligatoire par la Commission ou 2) Révision Complète Discrétionnaire par la Commission.

**10. Date de dépôt du Mémoire de la Décision du Panel de la Commission.** Indiquez la date de la décision faisant l'objet de l'appel.

**11. Date de Notification.** Indiquez la date à laquelle la *Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission* a été notifiée à l'intimé.

**12. Résultat Demandé.** Indiquez si la contestation soutient que 1) la Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission devrait être rejetée conformément à l'article 300.13(b)(4) du titre 12 NYCRR, 2) le Mémoire de Décision devrait être corrigé administrativement et comment il devrait être corrigé, 3) le Mémoire de Décision devrait être confirmé dans son intégralité, ou 4) le Mémoire de Décision devrait être modifié et comment il devrait l'être.

**13. Réponse aux Questions et aux Motifs.** Fournissez une brève déclaration en réponse aux questions et aux motifs soulevés dans la demande, en identifiant toute fausse déclaration de fait ou de droit présumée. Conformément à l'article 300.13(b)(1)(i) et (c) du titre 12 NYCRR, un demandeur peut joindre un mémoire judiciaire de huit (8) pages maximum, en utilisant une police de caractères de 12 points, avec des marges d'un pouce, sur du papier de 8,5 pouces sur 11 pouces. Un mémoire judiciaire de plus de huit (8) pages ne sera pas pris en considération, à moins que le demandeur ne précise par écrit pourquoi le motif de l'appel n'aurait pas pu être présenté en huit (8) pages. Un mémoire judiciaire de plus de quinze (15) pages ne sera en aucun cas pris en considération.

**14. Dossier.** Si le dossier cité dans la demande constitue le dossier de révision complet, laissez cette section vide. Si le dossier cité dans la demande ne constitue pas le dossier de révision complet, identifiez par la date et/ou le(s) numéro(s) d'identification du document, les audiences, documents, pièces, autres preuves et transcriptions supplémentaires dans le dossier de la Commission qui sont pertinents pour la question(s) et le(s) motif(s) soulevé(s) dans la demande et qui n'ont pas été cités dans la demande. Ne joignez pas à la *Contestation de la Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission* des documents qui se trouvaient dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande ou de la contestation. La Commission peut rejeter une contestation d'un défendeur ou de son représentant légal s'il joint des documents qui se trouvaient déjà dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande ou de la contestation, conformément à l'article 300.13(b)(1)(ii) et (c) du titre 12 NYCRR.

**15. Attestation.** 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 contestation est fondée en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été notifiée aux parties intéressées dans la section Preuve de Notification.

**16. Preuve de Notification.** La contestation doit être notifiée à toutes les parties intéressées nécessaires conformément à l'article 300.13(b)(2)(iv) et (c) du titre 12 NYCRR. Le fait de ne pas notifier correctement une partie intéressée nécessaire est considéré comme une notification défectueuse et la contestation ne peut pas être examinée par la Commission. Lorsque la *Contestation de la Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission* est déposée par l'assureur, l'employeur auto-assuré ou tout autre payeur ou payeur potentiel, la notification doit être faite au demandeur, à son représentant légal et aux autres parties intéressées nécessaires. La notification est réputée faite dans les délais si elle est effectuée par le défendeur dans les trente (30) jours suivant la notification de la *Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission*. L'affirmation doit être complétée et doit inclure la méthode et la date de dépôt de la contestation auprès de la Commission. Si le défendeur dépose des réfutations en double, ces dépôts en double peuvent être considérés comme soulevant ou poursuivant une question sans motif raisonnable, et peuvent faire l'objet d'évaluations en vertu de l'article 114-a(3) de la WCL. L'affirmation remplie doit préciser les documents notifiés, les noms des parties intéressées notifiées, la date et la méthode de notification pour chaque partie intéressée, et que la notification a été effectuée dans les 30 jours à compter de la notification de la *Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission*. Il n'est pas acceptable de compléter la partie de l'affirmation qui énumère les personnes signifiées et le mode de notification par la mention « Voir ci-joint ». Si une partie est notifiée par courrier électronique ou par d'autres moyens électroniques, l'affirmation doit inclure une certification selon laquelle la partie ainsi notifiée a donné l'autorisation explicite de recevoir la notification par ces moyens [voir l'article 300.13(b)(2)(iv)(C) et (c) du titre 12 NYCRR]. La contestation n'a pas à être notifiée à chaque partie de la même manière. L'affirmation doit être datée et signée sous peine de parjure.



# CONTESTATION DE LA DEMANDE DE RECONSIDÉRATION/ RÉVISION COMPLÈTE PAR LA COMMISSION

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                         |                      |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 1. Numéro(s) de Dossier de la WCB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2. Numéro(s) de Dossier l'Assureur | 3. Code de l'Assureur   | 4. Nom de l'Assureur | 5. Date de l'Accident/Congé |
| 6. Nom du Demandeur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | 7. Adresse du Demandeur |                      |                             |
| 8. Cette contestation est faite au nom de :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                         |                      |                             |
| 9. Cette contestation fait suite à une demande de (cocher une case) :<br><input type="checkbox"/> Révision Complète Obligatoire<br><input type="checkbox"/> Révision Complète Discrétionnaire                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                         |                      |                             |
| 10. Date de dépôt du Mémorandum de Décision (mm/jj/aaaa) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |                         |                      |                             |
| 11. La demande a été signifiée au défendeur le (mm/jj/aaaa) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                         |                      |                             |
| 12. Cette contestation soutient que :<br><input type="checkbox"/> La Demande de Reconsidération/Révision Complète par la Commission doit être rejetée.<br><input type="checkbox"/> Le Mémorandum de décision doit être administrativement corrigé pour se lire comme suit : _____<br><input type="checkbox"/> Le Mémorandum de Décision doit être confirmé dans son intégralité.<br><input type="checkbox"/> Le Mémorandum de Décision doit être modifié comme suit : _____ |                                    |                         |                      |                             |
| 13. Réponse aux questions et aux motifs (voir les instructions pour plus de détails) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                         |                      |                             |
| 14. Si vous ne vous appuyez pas sur le dossier, identifiez les preuves pertinentes supplémentaires (voir les instructions pour plus de détails) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                         |                      |                             |

**15. Attestation :** En signant le présent document dans l'espace prévu ci-dessous, je certifie que la présente 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 intéressées nécessaires en utilisant la méthode de notification, y compris l'adresse réelle où la notification a été transmise, indiquée dans l'affirmation de notification ci-dessous. Je comprends que la Loi sur les Accidents du Travail prévoit des sanctions importantes en cas d'introduction 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 du Préparateur : \_\_\_\_\_ Date de Préparation (mm/jj/aaaa): \_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_ No de Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

## PREUVE DE NOTIFICATION

### AFFIRMATION

J'affirme par la présente, sous peine de parjure, que j'ai respecté les exigences en matière de dépôt et de notification énoncées dans l'article 300.13(b)(2)(iv) et (3) du titre 12 NYCRR pour la présente *Contestation de la Demande de Reconsidération/Révision complète par la Commission* de la manière indiquée ci-dessous et je comprends que ce document peut être déposé dans le cadre d'une action ou d'une procédure devant une cour de justice.

A. J'ai déposé la *Contestation de la Demande de Reconsidération/Révision complète par la Commission* le (date - mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_ par (choisissez une méthode) :

- ☐ Courrier à PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (pour les demandeurs non représentés uniquement)
- ☐ Courriel à l'adresse [wbcclaimsfilig@wcb.ny.gov](mailto:wbcclaimsfilig@wcb.ny.gov)
- ☐ Lien de téléchargement sur le site web du WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- ☐ **Réclamations pour Discrimination en matière d'Indemnisation des Accidents du Travail** : Courrier à l'Unité de Discrimination, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- ☐ **Prestations d'Invalidité** : Courrier au Bureau des Prestations liées à un Handicap, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. J'ai notifié la *Contestation de la Demande de Révision par la Commission* le (date - mm/jj/aa) \_\_\_\_\_ à (ajouter des feuilles supplémentaires si nécessaire)

|       |       |                |       |               |       |
|-------|-------|----------------|-------|---------------|-------|
| 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 toute partie signifiée par courrier électronique ou par d'autres moyens électroniques a donné son accord explicite pour recevoir la notification par ces moyens.

Je certifie que la notification de la présente *Contestation de la Demande de Reconsidération/Révision complète par la Commission*, comme indiqué ci-dessus, a été effectuée dans un délai de trente jours à compter du dépôt de la décision faisant l'objet de la présente demande.

Date (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_