

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA FORMULARZA RB-89.3

INFORMACJA DLA STRONY UDZIELAJĄCEJ ODPOWIEDZI: A Odpowiedź na wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację (*formularz RB-89.3*), dalej w treści dokumentu określana jako „odpowiedź na wniosek”, musi zostać złożona w ciągu 30 dni kalendarzowych od doręczenia wniosku o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację (*formularz RB-89.3*), dalej w treści dokumentu określanego jako „wniosek”, stronie udzielającej odpowiedzi. *Formularz RB-89.3* uznaje się za złożony do Komisji w dniu faktycznego otrzymania takiego wniosku przez Komisję. Zgodnie z postanowieniami przepisu 12 NYCRR 300.13(c), który wymaga, aby każda odpowiedź na wniosek była zgodna z wymogami określonymi w przepisie 12 NYCRR 300.13(b), *formularz RB-89.3* można składać wyłącznie na centralny adres e-mail dla roszczeń (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov), lub za pośrednictwem łącza WCB Web Upload (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Nieposiadające przedstawiciela osoby składające wnioski w sprawie roszczeń mogą także wysłać *formularz RB-89.3* do Komisji na centralny adres korespondencyjny Komisji (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). Formularze *RB-89.3* w sprawie roszczeń z tytułu dyskryminacji należy składać do Komisji, wysyłając odpowiedź na wniosek na adres: Board's Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Formularze *RB-89.3* w roszczeniach o świadczenia z tytułu niepełnosprawności (roszczenia o utracone wynagrodzenie z powodu urazów lub chorób, które nie są związane z pracą) należy składać do Komisji, wysyłając odpowiedź na wniosek pocztą do Biura ds. Świadczeń z tytułu Niepełnosprawności na adres Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Kopia niniejszej odpowiedzi na wniosek musi zostać doręczona wszystkim zainteresowanym stronom zgodnie z przepisem 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iv). *Formularz RB-89.3*, o ile nie został złożony przez nieposiadającą przedstawiciela stronę zgłaszającą roszczenie, musi mieć formę określoną przez Przewodniczącego; wszystkie pola w formularzu odpowiedzi na wniosek muszą być wypełnione, a wszelkie załączone informacje prawne muszą być zgodne z przepisem 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Niedostarczenie wszystkich informacji wymaganych w formularzu może skutkować odrzuceniem odpowiedzi na wniosek. Niedostarczenie wszystkich informacji wymaganych w świetle przepisu 12 NYCRR 300.13 i niniejszych wskazań może skutkować odrzuceniem wniosku.

WAŻNA INFORMACJA: Odpowiedź na wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację nie zostanie przyjęta, jeśli zostanie dostarczona osobiście na adres biura Komisji. Formularze *RB-89.3* przesłane pocztą lub złożone bezpośrednio w Biurze Radcy Generalnego (Office of General Counsel) zostaną uznane za niezłożone do Komisji i nie będą rozpatrywane.

1. Nr(y) sprawy WCB. Tutaj należy wpisać numer(y) sprawy(spraw) WCB, której(ych) dotyczy odwołanie. Numer(y) sprawy WCB obejmuje(a) numer sprawy dotyczącej odszkodowania pracowniczego, dyskryminacji, świadczeń z tytułu niepełnosprawności, dyskryminacji dotyczącej płatnego urlopu rodzinnego, a także świadczeń dla strażaków ochotników i pracowników ochotniczych karetek pogotowia.

2. Numer(y) sprawy(spraw) ubezpieczyciela. Tutaj należy wpisać numer(y) sprawy(spraw) ubezpieczyciela, której(ych) dotyczy odwołanie. Niniejsza część/punkt nie ma zastosowania do roszczeń z tytułu dyskryminacji.

3. Kod ubezpieczyciela. Tutaj należy wpisać kod ubezpieczyciela dla roszczenia, którego dotyczy odwołanie. Niniejsza część/punkt nie ma zastosowania do roszczeń z tytułu dyskryminacji.

4. Nazwa ubezpieczyciela. Tutaj należy wpisać nazwę ubezpieczyciela dla roszczenia, którego dotyczy odwołanie. Niniejsza część/punkt nie ma zastosowania do roszczeń z tytułu dyskryminacji.

5. Data zwolnienia/wystąpienia urazu. Tutaj należy wpisać datę wystąpienia urazu lub datę rozpoczęcia płatnego urlopu rodzinnego (jeśli płatny urlop rodzinny nie został wykorzystany, należy wpisać datę zażalenia dotyczącego dyskryminacji).

6. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie. Tutaj należy wprowadzić pełne imię i nazwisko pracownika.

7. Adres osoby zgłaszającej roszczenie. Tutaj należy wpisać ulicę, miasto, stan i kod pocztowy pracownika oraz adres korespondencyjny, jeśli jest inny od adresu zamieszkania.

8. Strona składająca niniejszą odpowiedź na wniosek. Tutaj należy wskazać, która ze stron składa odpowiedź na wniosek.

9. Rodzaj wniosku, którego dotyczy odpowiedź. Tutaj należy wskazać, czy odpowiedź dotyczy wniosku o 1) obligatoryjną pełną komisijną weryfikację, czy 2) uznaniową pełną komisijną weryfikację.

10. Data złożenia uzasadnienia decyzji panelu Komisji. Tutaj należy wprowadzić datę decyzji, której dotyczy odwołanie.

11. Data doręczenia. Tutaj należy wpisać datę doręczenia stronie udzielającej odpowiedzi wniosku o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację.

12. Proponowane rozwiązanie. Tutaj należy wskazać, czy w odpowiedzi na wniosek postuluje się, że 1) wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację komisję powinien zostać odrzucony zgodnie z przepisem 12 NYCRR 300.13(b)(4), 2) uzasadnienie decyzji powinno zostać administracyjnie skorygowane oraz w jaki sposób powinno zostać skorygowane, 3) uzasadnienie decyzji powinno zostać potwierdzone w całości lub 4) uzasadnienie decyzji powinno zostać zmienione oraz w jaki sposób powinno zostać zmienione.

13. Odpowiedź na podniesione kwestie oraz ich podstawy. Tutaj należy przedstawić krótkie oświadczenie w odpowiedzi na kwestie i ich podstawy podniesione we wniosku, wskazując wszelkie domniemane błędne twierdzenia dotyczące faktów lub aspektów prawnych. Zgodnie z przepisami 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) i (c), strona udzielająca odpowiedzi może załączyć uzasadnienie prawne o długości do ośmiu (8) stron, przy użyciu czcionki o wielkości 12 pkt., z marginesami o szerokości 1 cala (2,54 cm), na papierze o wymiarach 8,5 cala na 11 cali (21,59 x 27,94 cm). Uzasadnienie dłuższe niż osiem (8) stron nie będzie rozpatrywane, chyba że strona udzielająca odpowiedzi wskaże na piśmie, dlaczego podstawa odwołania nie mogła zostać przedstawiona na ośmiu (8) stronach. Uzasadnienie dłuższe niż piętnaście (15) stron w żadnym wypadku nie będzie brane pod uwagę.

14. Dokumentacja. Jeśli dokumentacja przytoczona we wniosku stanowi pełną dokumentację do analizy, należy pozostawić tę część pustą. Jeśli dokumentacja przytoczona we wniosku nie stanowi pełnej dokumentacji do analizy, należy wskazać, podając datę i/lub numer(y) identyfikacyjny(e) dokumentu(ów), dodatkowe rozprawy, dokumenty, dowody, inne materiały i stenogramy znajdujące się w aktach Komisji, które są istotne dla kwestii podnoszonych we wniosku i ich uzasadnień, a które nie zostały przytoczone we wniosku. Nie należy dołączać ani nie załączać do odpowiedzi na *wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację* żadnych dokumentów, które znajdowały się w aktach Komisji w momencie złożenia wniosku lub niniejszej odpowiedzi na wniosek. Komisja może odrzucić odpowiedź na wniosek złożoną przez osobę udzielającą odpowiedzi lub jej przedstawiciela prawnego, jeśli dołączą oni dokumenty znajdujące się już w aktach Komisji w momencie składania wniosku lub odpowiedzi na wniosek, zgodnie z przepisami 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) i (c).

15. Oświadczenie. Osoba przygotowująca musi podpisać i opatrzyć datą formularz (podając również swoje imię i nazwisko, tytuł, numer telefonu i adres), oświadczając, że wniosek został złożony w dobrej wierze, zgodnie z przepisami prawa i faktami, że został złożony z uzasadnionych powodów, a także że został doręczony niezbędnym stronom zainteresowanym w części „Dowód doręczenia”.

16. Dowód doręczenia. Odpowiedź na wniosek musi zostać doręczona wszystkim zainteresowanym stronom zgodnie z przepisami 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) i (c). Brak prawidłowego doręczenia odpowiedniej stronie uznaje się za nieskuteczne doręczenie – w takiej sytuacji odpowiedź na wniosek może zostać odrzucona przez Komisję. Gdy *odpowiedź na wniosek o weryfikację przez Komisję (formularz RB-89)* składana jest przez ubezpieczyciela, samoubezpieczonego pracodawcę lub innego płatnika lub potencjalnego płatnika, należy ją doręczyć osobie zgłaszającej roszczenie i jej przedstawicielowi prawnemu oraz innym niezbędnym zainteresowanym stronom. Doręczenie uznaje się za terminowe, jeśli zostało dokonane przez stronę udzielającą odpowiedzi w ciągu trzydziestu (30) dni od doręczenia *Wniosku o ponowne rozpatrzenie/pełną weryfikację przez komisję*. Należy wypełnić oświadczenie zawierające informację o metodzie i dacie złożenia odpowiedzi na wniosek do Komisji. Strona udzielająca odpowiedzi może skorzystać tylko z jednej metody złożenia odpowiedzi na wniosek do Komisji. Jeśli strona udzielająca odpowiedzi złoży podwójne odpowiedzi na wniosek, takie podwójne odpowiedzi mogą zostać uznane za podniesienie lub kontynuację sprawy bez uzasadnionych podstaw oraz mogą spowodować konieczność oceny strony udzielającej odpowiedzi na podstawie przepisu WCL § 114-a(3). Wypełnione oświadczenie musi określać doręczone dokumenty, nazwy/imiona i nazwiska stron otrzymujących doręczenie, datę i sposób doręczenia dla każdej ze stron oraz potwierdzać, że doręczenie zostało dokonane w ciągu 30 dni od doręczenia *wniosku o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację*. Niedopuszczalne jest uzupełnienie części oświadczenia, w której określone są osoby, które otrzymały doręczenie oraz metoda doręczenia, słowami „Patrz załącznik”. Jeżeli strona otrzymuje doręczenie za pośrednictwem poczty elektronicznej lub innych elektronicznych środków komunikacji, potwierdzenie musi zawierać zaświadczenie, że strona, która w ten sposób otrzymała doręczenie, udzieliła wyraźnej zgody na otrzymywanie doręczeń za pośrednictwem takich środków [zob. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) i (c)]. Odpowiedź na wniosek nie musi być doręczona każdej ze stron w ten sam sposób. Oświadczenie musi być opatrzone datą i podpisane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.



ODPOWIEDŹ NA WNIOSEK O PONOWNE
ROZPATRZENIE/PEŁNĄ KOMISYJNĄ WERYFIKACJĘ

1. Nr(y) spraw(y) WCB)	2. Nr(y) spr. ubezpieczyciela	3. Kod ubezpieczyciela	4. Nazwa ubezpieczyciela	5. Data zw./urazu
6. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie		7. Adres osoby zgłaszającej roszczenie		
8. Niniejsza odpowiedź na wniosek została złożona w imieniu:				
9. Niniejsza odpowiedź dotyczy wniosku o (należy wybrać tylko jedną opcję):				
☐ Obligatoryjną pełną komisijną weryfikację				
☐ Uznaniową pełną komisijną weryfikację				
10. Data złożenia uzasadnienia decyzji (dd/mm/rrrr):				
11. Wniosek został doręczony stronie udzielającej odpowiedzi w dniu (dd/mm/rrrr):				
12. W odpowiedzi na wniosek postuluje się, że:				
☐ Wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację powinien zostać odrzucony.				
☐ Uzasadnienie decyzji powinno zostać administracyjnie skorygowane i przyjąć następującą treść: _____				
☐ Uzasadnienie decyzji powinno zostać w całości potwierdzone				
☐ Uzasadnienie decyzji powinno zostać zmienione w następujący sposób: _____				
13. Odpowiedź na podniesione kwestie i ich uzasadnienie (należy zapoznać się ze szczegółowymi wskazówkami):				
14. Jeśli nie opierają się Państwo na dokumentacji, należy wskazać dodatkowe istotne dowody (szczegółowe informacje znajdują się w części zawierającej wskazówki):				

15. Oświadczenie: Podpisując poniżej niniejszy dokument, poświadczam, że niniejszy wniosek ma podstawę prawną i oparcie w faktach oraz został złożony w dobrej wierze i z uzasadnionych powodów, a także doręczony wszystkim niezbędnym zainteresowanym stronom przy użyciu wymaganej metody doręczenia, w tym faktycznego adresu, na który przekazano doręczenie, wymienionej w potwierdzeniu doręczenia poniżej. Mam świadomość tego, że ustawa o odszkodowaniach pracowniczych przewiduje wysokie kary za wszczęcie lub kontynuowanie postępowania bez uzasadnionych podstaw i/lub w celu jego opóźnienia. Mam świadomość tego, że jeśli niniejszy wniosek zostanie wycofany z jakiegokolwiek powodu lub jeśli którakolwiek z podniesionych kwestii zostanie rozwiązana przez strony, mam obowiązek niezwłocznie powiadomić pisemnie o tym fakcie Komisję

Podpis osoby przygotowującej: _____ Przygotowano dnia (dd/mm/rrrr): _____

Imię i nazwisko druk. lit: _____ Tytuł: _____ Nr telefonu: _____

Adres: _____

DOWÓD DORĘCZENIA

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że spełniłem(am) wymogi dotyczące złożenia i doręczenia określone przez przepisy 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) i (3) w odniesieniu do niniejszej *odpowiedzi na wniosek o ponowne rozpatrzenie/pełną komisijną weryfikację* w sposób określony poniżej i mam świadomość tego, że niniejszy dokument może zostać użyty w ramach powództwa lub postępowania sądowego.

A. Przesłałem(am) *odp. na wniosek o ponowne rozp./peł. kom. weryfikację* w dniu **(data - dd/mm/rrrr)** _____ za pomocą **(wybrać jedną metodę)**:

- ☐ Przesyłki pocztowej na adres PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (tylko dla nieposiadających reprezentacji osób zgłaszających roszczenie)
- ☐ Wiadomości e-mail na adres wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- ☐ Łączy WCB Web Upload (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- ☐ **Roszczenie z tytułu dyskryminacji pracowników:** Przesyłki pocztowej na adres Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029
- ☐ **Świadczenia z tytułu niepełnosprawności:** Przesyłki pocztowej na adres: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Dostarczyłem(am) odpowiedź na wniosek w dniu **(data - dd/mm/rrrr)** _____ stronom (w razie potrzeby załączyć dodatkowe arkusze):

Imię, nazw:	metoda:	na adres:
Imię, nazw:	metoda:	na adres:
Imię, nazw:	metoda:	na adres:
Imię, nazw:	metoda:	na adres:
Imię, nazw:	metoda:	na adres:
Imię, nazw:	metoda:	na adres:
Imię, nazw:	metoda:	na adres:
Imię, nazw:	metoda:	na adres:

Oświadczam, że każda ze stron, której doręczono wniosek za pośrednictwem poczty elektronicznej lub innych elektronicznych środków komunikacji, udzieliła wyraźnej zgody na przesłanie go w ten sposób.

Oświadczam, że doręczenie niniejszej *odpowiedzi na wniosek o komisijną weryfikację*, jak określono powyżej, nastąpiło w ciągu trzydziestu dni od doręczenia *wniosku o komisijną weryfikację*.

Data (dd/mm/rrrr): _____ Podpis: _____

Imię i nazwisko, drukowanymi literami: _____