

تعليمات لإكمال RB-89

إلى مقدم الطلب : يجب تقديم طلب لمراجعة المجلس (النموذج RB-89)، أو يشار إليه أذناه بـ "الطلب"، في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد تاريخ تقديم قرار قاضي قانون تعويض العمال (WCLJ). يُعتبر النموذج RB-89 مودعًا لدى المجلس في تاريخ الاستلام الفعلي لهذا الطلب من قبل المجلس. وفقًا لـ 12 NYCRR 300.13(b)(3) والقرار الذي أصدره الرئيس، لا يجوز تقديم النموذج RB-89 إلا باستخدام عنوان البريد الإلكتروني المركزي للدعوى (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)، أو من خلال رابط تحميل الويب <https://wcbdoc.services.conduent.com/>. يجوز للمدعين غير الممثلين عوضًا عن إرسال النموذج RB-89 بالبريد العادي إلى المجلس على العنوان البريدي المركزي للمجلس (JPO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205). يجب تقديم نماذج RB-89 في دعاوى التمييز في تعويضات العمال إلى المجلس من خلال إرسال النموذج RB-89 بالبريد إلى وحدة التمييز التابعة للمجلس، Board's Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. يجب تقديم نماذج RB-89 في الدعاوى المقدمة للحصول على استحقاقات الإعاقة (الدعاوى المتعلقة بالأجور المفقودة نتيجة للإصابات أو الأمراض غير المرتبطة بالعمل) إلى المجلس من خلال إرسال الطلب بالبريد إلى مكتب استحقاقات الإعاقة، Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. يجب تقديم نسخة من هذا الطلب إلى جميع الأطراف الضرورية من أصحاب المصلحة وفقًا لـ 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). يجب أن يكون النموذج RB-89، ما لم يتم تقديمه من قبل مدعي غير ممثل، بالصيغة التي يحددها الرئيس، ويجب إكمال جميع أقسام الطلب، ويجب أن يتوافق أي موزع قانوني مرفق مع 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). قد يؤدي تعذر تقديم جميع المعلومات المطلوبة بموجب 12 NYCRR 300.13 وهذه التعليمات إلى رفض الطلب.

ملاحظة: لن يتم قبول طلبات مراجعة المجلس في حالة تسليمها باليد إلى مكتب المجلس. تُعتبر نماذج RB-89 المرسلّة بالبريد أو المقدمة مباشرة إلى قسم المراجعة الإدارية لم يتم تقديمها إلى المجلس ولن يتم النظر فيها.

إلى جميع الأطراف الأخرى: يجب تقديم أي دحض لطلب مراجعة المجلس (النموذج RB-89.1) في المجلس في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد التاريخ الذي تم فيه تقديم الطلب إلى الأطراف، كما هو محدد في قسم إثبات الخدمة في النموذج RB-89 وفقًا لـ 12 NYCRR 300.13(c).

1. رقم (أرقام) قضية مجلس تعويض العمال (WCB). أدخل رقم (أرقام) قضية WCB للدعوى (الدعوى) الجاري استئنافها. يتضمن رقم (أرقام) قضية WCB رقم قضية تعويض العمال، والتمييز، واستحقاقات الإعاقة، والتمييز في الإجازات العائلية مدفوعة الأجر، واستحقاقات رجال الإطفاء المتطوعين وعمال الإسعاف المتطوعين.
2. رقم (أرقام) قضية الناقل. أدخل رقم (أرقام) قضية الناقل للدعوى (الدعوى) الجاري استئنافها. لا ينطبق هذا القسم/البند على دعاوى التمييز.
3. رمز الناقل. أدخل رمز الناقل للدعوى الجاري استئنافها. لا ينطبق هذا القسم/البند على دعاوى التمييز.
4. اسم الناقل. أدخل اسم الناقل للدعوى الجاري استئنافها. لا ينطبق هذا القسم/البند على دعاوى التمييز.
5. تاريخ الإصابة/الإجازة. أدخل التاريخ الأصلي لحدوث الإصابة أو تاريخ بدء الإجازة العائلية مدفوعة الأجر (إذا لم يتم أخذ إجازة عائلية مدفوعة الأجر، أدخل "تاريخ شكوى التمييز").
6. اسم المدعي. أدخل الاسم الكامل للموظف.
7. عنوان المدعي. أدخل عنوان الشارع، والمدينة، والولاية، والرمز البريدي للموظف والعنوان البريدي إن كان مختلفًا.
8. الطرف الذي يطلب الاستئناف. حدّد الطرف الذي يقدم هذا الطلب لمراجعة المجلس.
9. نوع الطلب. حدّد ما إذا كان الطلب يطلب إما (1) مراجعة قرار WCLJ، أو (2) إعادة السماع أو إعادة الفتح.
10. تاريخ القرار. أدخل تاريخ القرار الجاري استئنافه.
11. حدّد النقطة (النقاط) للمراجعة. اذكر النقطة (النقاط) المحددة للمراجعة.

12. أساس الاستئناف. قَدِّم بيان موجز بالأسباب المحددة التي يقوم عليها الاستئناف، بما في ذلك النتائج المحددة للوقائع الجاري استئنافها و/أو الأخطاء القانونية المزعومة. المزمع العامة التي لا توجه انتباه المجلس تحديدًا إلى النقاط التي ينبغي البت فيها غير كافية. كما هو منصوص عليه في 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i)، يجوز للمستأنف إرفاق مذكرة قانونية يصل طولها إلى ثماني (8) صفحات، باستخدام خط 12 نقطة، بهوامش بوصة واحدة، على ورق بحجم 8.5 بوصة × 11 بوصة. لن يتم في موجز أطول من ثماني (8) صفحات، ما لم يحدد المستأنف بشكل كتابي، النظر في لماذا لم يكن من الممكن تقديم أساس الاستئناف في حدود ثماني (8) صفحات. لن يتم النظر في موجز أطول من خمس عشرة (15) صفحة تحت أي ظرف من الظروف.

13. **تواريخ جلسات الاستماع، والنصوص، والمستندات، والأدلة والمواد المعروضة، والأدلة الأخرى.** حدّد تاريخ (تواريخ) جلسة الاستماع التي أُثِّرت فيها النقطة (النقاط) أمام WCLJ، بالإضافة إلى أي تواريخ جلسات استماع أخرى ذات صلة. حدّد حسب التاريخ و/أو رقم (أرقام) معرّف المستند، والنصوص، والمستندات، والتقارير، والأدلة والمواد المعروضة، والأدلة الأخرى في ملف المجلس ذات الصلة بالنقاط والأسباب التي يتم طرحها للمراجعة. إذا لم يتم تدوين المحاضر، فقم بالإشارة إليها. لا تقم بتضمين أو إرفاق أي مستندات موجودة في ملف المجلس في وقت تقديم الطلب مع طلب مراجعة المجلس. يجوز للمجلس رفض طلب مراجعة المجلس من قِبل المستأنف أو الممثل القانوني للمستأنف إذا أرفقوا مستندات موجودة بالفعل في ملف المجلس في وقت تقديم الطلب، وفقًا لـ 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii). لا تُرفق أو تُقدّم محاضر جلسات الاستماع الصوتية المسجلة، لأن المجلس لن ينظر فيها.

14. **أدلة جديدة وإضافية.** إذا سعى المستأنف إلى تقديم أدلة جديدة أو إضافية مع طلب مراجعة المجلس الذي لم يتم تقديمه أمام WCLJ، فينبغي على المستأنف، (1) أن يذكر على الطلب ما إذا كانت هذه الأدلة مرفقة مع الطلب، أو موجودة في ملف المجلس، مع تحديد رقم معرّف المستند المنطبق، و (2) تقديم تأكيد يوضح الأدلة، ويشرح لماذا لم يكن من الممكن تقديم هذه الأدلة أمام WCLJ. يجوز للمجلس أو لا يجوز له ممارسة سلطته التقديرية من أجل قبول مثل هذه الأدلة. إذا لم يتم تقديم التأكيد مع الطلب، فلن تنظر لجنة المجلس في هذه الأدلة الجديدة أو الإضافية [انظر 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii)].

15. **الاعتراض أو الاستثناء.** حدّد الاعتراض أو الاستثناء الذي تم إدخاله على الحكم، والتاريخ الذي تم فيه إدخال الاعتراض أو الاستثناء كما هو مطلوب بموجب 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii). إذا تم التوسط في الاعتراض أو الاستثناء في جلسة استماع، فينبغي ذكر تاريخ الجلسة التي تم فيها التوسط في الاعتراض أو الاستثناء. إذا تم التوسط في الاعتراض أو الاستثناء في إجراء يحدث خارج التقييم، فينبغي ذكر تاريخ الإجراء خارج التقييم [12 NYCRR 300.13(b)(4)(v)(a)]، و (b) و (c).

16. **دفع التعويضات.** عندما يتم تقديم النموذج RB-89 من قِبل الناقل أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتيًا، يُرجى الإشارة إلى ما إذا كان يتم دفع استحقاقات التعويض خلال فترة تعليق الطلب. إذا كانت الإجابة بـ "لا"، يُرجى الإشارة إلى التاريخ الذي تم فيه تعليق الدفع وفقًا لـ WCL § 23. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى الإشارة إلى معدل دفع استحقاقات التعويض المستمرة. إذا تم دفع استحقاقات التعويض المستمرة بمعدل أقل من المعدل الممنوح، فحدّد التاريخ الذي تم فيه تخفيض المدفوعات. إذا تم إيقاف المدفوعات، اذكر النقطة في الاستئناف التي تُشكّل الأساس القانوني لمدفوعات الإقامة. لا ينطبق هذا البند/القسم على دعاوى التمييز.

17. **الشهادة.** ينبغي على المُعدّ التوقيع على النموذج وتاريخه (مع تقديم اسمه، ولقبه، ورقم هاتفه، وعنوانه أيضًا) الذي يشهد على حسن نية الطلب في القانون والواقع، وأنه قد تم تأسيسه بأسباب معقولة، وتم تقديمه إلى الأطراف الضرورية من أصحاب المصلحة في قسم "إثبات الخدمة".

18. **إثبات الخدمة.** يجب تقديم الطلب إلى جميع الأطراف الضرورية من أصحاب المصلحة وفقًا لـ 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). يُعتبر عدم تقديم الخدمة بصورة صحيحة للطرف الضروري خدمة معيبة ويجوز رفض الطلب من قِبل المجلس. عندما يتم تقديم طلب مراجعة المجلس من قِبل الناقل أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتيًا أو دافع آخر أو دافع محتمل، تكون الخدمة على المدعي، والممثل القانوني للمدعي، والأطراف الضرورية الأخرى من أصحاب المصلحة. تُعتبر الخدمة في الوقت المناسب إذا تم إكمالها من قِبل المستأنف خلال ثلاثين (30) يومًا من تقديم قرار المجلس. ينبغي إكمال التأكيد، كما ينبغي أن يتضمن الطريقة التي تم بها تقديم الطلب إلى المجلس وتاريخه. كما ينبغي على المستأنف استخدام طريقة واحدة فقط لتقديم الطلب إلى المجلس. في حالة تقديم المستأنف لطلبات مكررة، فقد تُعتبر هذه التقديمات المكررة مثيرة لنقطة ما أو تستمر فيها دون أسباب معقولة، وقد تُخضع المستأنف للتقييمات بموجب WCL § 114-a(3). يجب أن يحدد التأكيد المكتمل الأوراق المعلن عنها وأسماء أصحاب المصلحة المعلن عنهم وتاريخ وطريقة الخدمة لكل طرف من أصحاب المصلحة، وأن تكون الخدمة قد تمت خلال 30 يومًا من تاريخ تقديم القرار موضوع الطلب. من غير المقبول إكمال جزء التأكيد حيث يسرد تلك التي تم تقديمها والطريقة مع "انظر المرفق". إذا تم تبليغ أحد الأطراف من خلال البريد الإلكتروني أو وسائل إلكترونية أخرى، فينبغي أن يتضمن التأكيد شهادة بأن الطرف الذي تم تبليغه قدّم إذنًا صريحًا لتلقي الخدمة باستخدام تلك الوسائل [انظر 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. لا يلزم تقديم الطلب إلى كل طرف بنفس الطريقة. ينبغي أن يكون التأكيد مؤرخًا وموقعًا تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين.



1. رقم (أرقام) قضية WCB	2. رقم (أرقام) قضية الناقل	3. رمز الناقل	4. اسم الناقل	5. تاريخ الإصابة/الإجازة
6. اسم المدعى		7. عنوان المدعى		
8. تم تقديم هذا الطلب بالنيابة عن:				
9. نوع الطلب (اختر واحدًا فقط): ☐ مراجعة قرار WCLJ ☐ إعادة السماع أو إعادة الفتح				
10. تاريخ القرار (يوم/شهر/سنة):				
11. حدد النقطة (النقاط) للمراجعة:				
12. أساس الاستئناف. يستند طلب المراجعة هذا للأسباب التالية (إذا أرفقت موجزًا قانونيًا، فقد لا يزيد عن 8 صفحات، راجع التعليمات للاطلاع على التفاصيل):				
13. تواريخ جلسات الاستماع، والنصوص، والمستندات، والأدلة والمواد المعروضة، والأدلة الأخرى (انظر التعليمات للاطلاع على التفاصيل):				
14. أدلة جديدة وإضافية بموجب 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) (انظر التعليمات للاطلاع على التفاصيل):				
15. الاعتراض أو الاستثناء. حدد كل من الاعتراض أو الاستثناء الذي تم إدخاله على الحكم والتاريخ الذي تم إدخاله فيه كما هو مطلوب بموجب 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii):				
16. هل يتم دفع مدفوعات التعويض خلال فترة تعليق الطلب؟ إذا كانت الإجابة بـ "لا"، تاريخ التعليق (يوم/شهر/سنة): إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فبأي معدل؟ إن كان منخفضًا، تاريخ التخفيض (يوم/شهر/سنة): اذكر النقطة في الاستئناف التي تُشكّل الأساس القانوني لمدفوعات الإقامة:				

17. الشهادة: من خلال التوقيع على هذا المستند في المساحة الموضحة أدناه، أشهد بأن هذا الطلب يتمتع بأساس حسن النية في القانون والواقع، وقد تم تقديمه مصحوبًا بأسباب معقولة، وتم تقديمه إلى جميع الأطراف الضرورية من أصحاب المصلحة باستخدام طريقة الخدمة، بما في ذلك العنوان الفعلي حيث تم إرسال الخدمة المدرجة في تأكيد الخدمة أدناه. أفهم أن قانون تعويض العمال ينص على عقوبات كبيرة لإقامة أو مواصلة الإجراءات دون أسباب معقولة و/أو لغرض التأخير. أفهم أنه إذا تم سحب هذا الطلب لأي سبب من الأسباب أو إذا تم حل أي من النقاط المثارة من قبل الأطراف، فينبغي علي إخطار المجلس والأطراف الضرورية من أصحاب المصلحة التي يتم تقديمها بشكل كتابي فورًا.

تاريخ الإعداد (يوم/شهر/سنة): _____ توقيع المُعد: _____
رقم الهاتف: _____ الاسم بأحرف واضحة: _____ اللقب: _____
العنوان: _____

إثبات الخدمة

التأكيد

أؤكد بموجب هذا تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أنني قد امتثلت لمتطلبات التقديم والخدمة على النحو المنصوص عليه في (iv)(2)(b) 12 NYCRR 300.13 و (3) لهذا طلب مراجعة المجلس بالطريقة الموضحة أدناه وأفهم أنه يمكن تقديم هذا المستند في دعوى أو إجراء في محكمة قانونية

A. قَدِّمْتُ أنا طلب مراجعة المجلس إلى المجلس في (التاريخ - يوم/شهر/سنة) من خلال (اختر طريقة واحدة):

☐ البريد إلى PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 (للمدعين غير الممثلين فقط)

☐ البريد الإلكتروني إلى wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

☐ رابط تحميل ويب WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

☐ دعوى التمييز في تعويض العمال: البريد إلى وحدة التمييز، Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

☐ استحقاقات الإعاقة: البريد إلى مكتب استحقاقات الإعاقة، Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. قَدِّمْتُ أنا طلب مراجعة المجلس في (التاريخ - يوم/شهر/سنة) عند(إرفاق أوراق إضافية حسب الضرورة):

الاسم:	حسب (الطريقة):	في (العنوان):
الاسم:	حسب (الطريقة):	في (العنوان):
الاسم:	حسب (الطريقة):	في (العنوان):
الاسم:	حسب (الطريقة):	في (العنوان):
الاسم:	حسب (الطريقة):	في (العنوان):
الاسم:	حسب (الطريقة):	في (العنوان):
الاسم:	حسب (الطريقة):	في (العنوان):
الاسم:	حسب (الطريقة):	في (العنوان):

أشهد بأن أي طرف يتم تقديمه من خلال البريد الإلكتروني أو أي وسيلة إلكترونية أخرى قد قَدِّمَ إثباتًا صريحًا لتلقي الخدمة باستخدام مثل هذه الوسائل.

أشهد بأن خدمة طلب مراجعة المجلس هذا، على النحو المبين أعلاه، قد اكتملت خلال ثلاثين يومًا من تقديم القرار موضوع هذا الطلب.

التاريخ (يوم/شهر/سنة): _____ التوقيع: _____

الاسم بأحرف واضحة: _____