

RB-89 작성 안내서

신청자 안내서: *위원회 검토 신청서(양식 RB-89, 이하 "신청서")*는 근로자 보상법 판사(WCLJ)의 결정 제출일로부터 30일 이내에 제출해야 합니다. 양식 RB-89의 제출 날짜는 위원회가 해당 신청서를 실제로 접수한 날짜로 간주됩니다. 양식 RB-89는 12 NYCRR 300.13(b)(3) 및 의장 지정에 따라 중앙 청구 이메일 주소(wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov) 또는 WCB 웹 업로드 링크(<https://wcbdoc.services.conduent.com/>)를 통해서만 제출할 수 있습니다. 미대표 청구인은 대안으로 양식 RB-89를 위원회의 중앙 우편 주소(PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205)로 전송할 수도 있습니다. 근로자 보상 차별 청구를 위한 RB-89 양식을 위원회에 제출하려면 양식 RB-89를 위원회의 차별 부서(PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029)로 우편 발송해야 합니다. 장애 혜택 청구(업무와 관련되지 않은 부상이나 질병으로 인한 임금 손실에 대한 청구) 제출을 위한 RB-89 양식을 위원회에 제출하려면 신청서를 장애급여국(PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029)에 우편으로 보내야 합니다. 본 신청서 사본은 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)에 따라 필요한 모든 이해 당사자들에게 제공되어야 합니다. 양식 RB-89는 의장이 규정한 형식을 따라야 하며, 신청서의 모든 섹션을 기입해야 하며, 첨부한 법적 서류는 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i)를 준수해야 합니다(미대표 청구인이 제출하는 경우 제외). 12 NYCRR 300.13 및 본 안내서에서 요구하는 모든 정보를 제공하지 않는 경우 신청이 거부될 수 있습니다.

참고: *위원회 검토 신청서*를 위원회 사무실로 직접 전달하는 경우 접수하지 않습니다. RB-89 양식을 행정 검토 부서에 우편으로 보내거나 직접 제출한 경우 위원회에 제출되지 않은 것으로 간주되며 고려되지 않습니다.

기타 모든 당사자 안내서: *위원회 검토 신청서 반박(양식 RB-89.1)*은 12 NYCRR 300.13(c)에 따라 RB-89 양식의 서비스 증명 섹션에 명시된 대로 신청서가 당사자들에게 제공된 날짜로부터 30일 이내에 위원회에 제공해야 합니다.

- 1. WCB 사례 번호.** 항소 중인 청구의 WCB 사례 번호를 입력합니다. WCB 사례 번호에는 근로자 보상, 차별, 장애 혜택, 유급 가족 휴가 차별, 자원봉사 소방대원 및 자원 봉사 구급대원 혜택의 사례 번호가 포함됩니다.
- 2. 보험사 사례 번호.** 항소 중인 청구의 보험사 사례 번호를 입력합니다. 이 섹션/항목은 차별 청구에는 적용되지 않습니다.
- 3. 보험사 코드.** 항소 중인 청구의 보험사 코드를 입력합니다. 이 섹션/항목은 차별 청구에는 적용되지 않습니다.
- 4. 보험사 이름.** 항소 중인 청구의 보험사 이름을 입력합니다. 이 섹션/항목은 차별 청구에는 적용되지 않습니다.
- 5. 부상/휴가 날짜.** 부상이 발생한 원래 날짜 또는 유급 가족 휴가가 시작된 날짜를 입력합니다(유급 가족 휴가를 받지 못한 경우 차별 불만제기 날짜를 입력합니다).
- 6. 청구인 이름.** 직원의 이름과 성을 입력합니다.
- 7. 청구인 주소.** 직원의 도로명 주소, 시, 주, 우편번호 및 우편 주소(다른 경우)를 입력합니다.
- 8. 항소 청구 당사자.** 이 *위원회 검토 신청서*를 제출하는 당사자가 누구인지 입력합니다.
- 9. 신청서 유형.** 신청서가 1) WCLJ 결정 검토를 요청하는지 2) 재심리 또는 재개를 요청하는지 표시합니다.
- 10. 결정 날짜.** 항소 중인 결정의 날짜를 입력합니다.
- 11. 검토대상 문제 지정.** 검토대상 특정 문제를 서술합니다.
- 12. 항소 근거.** 이의가 제기된 구체적인 사실 발견 및/또는 주장된 법률 오류를 포함하여 항소의 근거로 되는 특정 근거의 간략한 설명을 제공합니다. 위원회가 결정해야 할 문제에 대해 특별한 관심을 끌지 못하는 일반적인 주장은 충분하지 않습니다. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i)에 규정된 대로, 항소인은 8.5인치 x 11인치 용지에 12포인트 글꼴을 사용하고 1인치 여백을 두며 최대 8페이지로 된 법률 서류를 첨부할 수 있습니다. 8페이지를 초과하는 서류는 고려되지 않습니다(단 항소인이 항소 근거가 8페이지를 초과해야 하는 이유를 서면으로 명시하는 경우 제외). 15페이지를 초과하는 서류는 어떠한 경우에도 고려되지 않습니다.

13. **심리 날짜, 전사, 문서, 첨부물 및 기타 증거.** WCLJ 이전에 문제가 제기된 심리 날짜 및 기타 관련 심리 날짜를 서술합니다. 검토대상으로 제기된 문제 및 근거와 관련된 위원회 파일에서 날짜 및/또는 문서 ID 번호, 전사, 문서, 보고서, 첨부물 및 기타 증거로 식별합니다. 회의록을 기록하지 않은 경우 이를 서술합니다. 신청서 제출 당시 위원회 파일에 있던 문서를 *위원회 검토 신청서*에 포함시키거나 첨부하지 마십시오. 위원회는 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii)에 따라 항소인 또는 항소인의 법적 대리인이 신청 당시 위원회 파일에 있던 문서를 첨부한 경우 그들의 *위원회 검토 신청서*를 거부할 수 있습니다. 청문회 오디오 녹음 녹취록은 위원회에서 고려하지 않으므로 이를 첨부하거나 제출하지 마십시오.
14. **새로운 및 추가 증거.** 항소인이 WCLJ 이전에 제출하지 않은 *위원회 검토 신청서*를 통해 새로운 또는 추가 증거를 도입하려는 경우, 1) 신청서에 해당 증거가 신청서에 첨부되었는지 또는 위원회 파일에 있는지 명시하고 해당 문서 ID 번호를 밝혀야 합니다. 2) 증거를 제시하고 해당 증거를 WCLJ에 제출하지 못했던 이유를 설명하는 확인서를 제출해야 합니다. 위원회는 해당 증거를 수용하기 위해 재량권을 행사할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다. 확인서를 신청서와 함께 제출하지 않은 경우 위원회 패널은 해당 새로운 또는 추가 증거를 고려하지 않습니다[12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) 참조].
15. **이의 또는 예외.** 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii)에 따라 판결에 개입된 이의 또는 예외와 이의 또는 예외가 개입된 날짜를 명시합니다. 심리에서 이의 또는 예외가 개입된 경우, 이의 또는 예외가 개입된 심리 날짜를 명시해야 합니다. 이의 또는 예외가 일정 외 절차 중에 개입된 경우, 일정 외 절차 날짜를 명시해야 합니다. [12 NYCRR 300.13(b)(4)(v)(a), (b) 및 (c)].
16. **배상 지불.** 보험사 또는 자가 보험 고용주가 양식 RB-89를 제출하는 경우 신청서가 진행 중인 동안 배상 혜택이 지급되는지 표시합니다. ‘아니요’인 경우 WCL §에 따라 지불이 중단된 날짜를 표시합니다. ‘예’인 경우 지속적인 배상 혜택의 지급률을 표시합니다. 지속적인 배상 혜택이 부여된 지급률보다 낮은 비율로 지급되는 경우 지급액이 감액된 날짜를 명시합니다. 지불이 유예된 경우, 지불 유예의 법적 근거로 되는 항소 중인 문제를 서술하십시오. 이 항목/섹션은 차별 청구에는 적용되지 않습니다.
17. **인증서.** 작성자는 신청서의 법률 및 사실에 대한 선의의 근거 및 해당 신청서가 합리적인 근거에 따라 제출되었으며 서비스 증명 섹션에 따라 필요한 이해 당사자에게 제공되었음을 증명하는 양식(이름, 직위, 전화번호 및 주소도 제공)에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다.
18. **서비스 증명.** 신청서는 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)에 따라 필요한 모든 이해 당사자에게 제공되어야 합니다. 필요한 당사자에게 제대로 제공하지 못한 경우 서비스 결함으로 간주되며 위원회에서 신청을 거부할 수 있습니다. 보험사, 자가 보험 고용주 또는 기타 지급인이나 잠재적 지급인이 *위원회 검토 신청서*를 제출하는 경우 서비스는 청구인, 청구인의 법적 대리인 및 기타 필요한 이해 당사자에게 제공되어야 합니다. 위원회가 결정을 제출한 날로부터 30일 이내에 항소인이 서비스를 완료한 경우 적시에 완료된 것으로 간주됩니다. 확인서를 작성하고 해당 확인서에 위원회에 신청서를 제출한 방법과 날짜를 포함시켜야 합니다. 항소인은 한 가지 방법을 통해서만 위원회에 신청서를 제출해야 합니다. 항소인이 이중 신청서를 제출하는 경우, 해당 이중 제출은 합리적인 근거 없이 문제를 제기하거나 지속시키는 것으로 간주될 수 있으며 WCL § 114-a(3)에 따라 항소인에 대한 평가가 진행될 수 있습니다. 작성한 확인서에는 제공된 서류, 제공된 이해 당사자의 이름, 각 이해 당사자에 대한 서비스 날짜 및 방법, 그리고 신청서 대상인 결정이 접수된 날로부터 30일 이내에 서비스가 완료되었음을 명시해야 합니다. 확인서의 제공된 내용과 방법 섹션에 "첨부 참조"라고 표시하는 것은 허용되지 않습니다. 당사자에게 이메일이나 기타 전자 수단을 통해 제공하는 경우, 확인서에는 해당 제공을 받은 당사자가 그러한 수단으로 서비스를 받을 수 있도록 명시적으로 허가했다는 증명서를 포함해야 합니다[12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) 참조]. 신청서를 각 당사자에게 동일한 방식으로 제공하지 않아도 됩니다. 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 확인서에 날짜를 기재하고 서명해야 합니다.



1. WCB 사례 번호	2. 보험사 사례 번호	3. 보험사 코드	4. 보험사 이름	5. 부상/휴가 날짜
6. 청구인 이름		7. 청구인 주소		
8. 본 신청서는 다음을 대신하여 작성됨:				
9. 신청서 유형(하나만 선택): ☐ WCLJ 결정 검토 ☐ 재심리 또는 재개				
10. 결정 날짜(년/월/일):				
11. 검토대상 문제를 서술하세요:				
12. 항소 근거. 본 검토 신청서는 다음 근거에 근거합니다(법적 서류를 첨부하는 경우 최대 8페이지까지 작성할 수 있습니다. 자세한 내용은 안내서를 참조하세요).				
13. 심리 날짜, 전사, 문서, 첨부물 및 기타 증거(자세한 내용은 안내서 참조):				
14. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii)에 따른 새로운 및 추가 증거(자세한 내용은 안내서 참조):				
15. 이의 또는 예외. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii)에 따라 판결에 개입된 이의 또는 예외와 개입된 날짜를 모두 명시하세요.				
16. 신청서가 진행 중인 동안 배상 지불이 지급됩니까? ☐ 예 ☐ 아니				
아니요인 경우 지급정지 날짜(년/월/일): 예인 경우 해당 요율: 감액된 경우 감액 날짜(년/월/일):				
지불 유예의 법적 근거로 되는 항소 중인 문제를 서술하세요:				



17. 인증서: 이 문서의 아래 제공된 공간에 서명함으로써, 본인은 본 신청서가 법률 및 사실에 대한 선의의 근거를 가지고 있고, 합리적인 근거에 따라 작성되었으며, 필요한 모든 이해관계자에게 아래 서비스 확인서에 나열된 서비스가 제공된 실제 주소를 포함하여 서비스 방법을 통해 제공되었음을 확인합니다. 본인은 합당한 근거 없이 및/또는 지연을 목적으로 절차를 개시하거나 계속하는 경우 근로자 보상법에 의해 상당한 처벌을 받게 됨을 이해합니다. 본인은 어떤 이유로든 본 신청서가 철회되거나 제기된 문제가 당사자들에 의해 해결되는 경우 즉시 위원회 및 필요한 이해 관계자에게 서면으로 통보해야 함을 이해합니다.

작성자 서명: _____ 작성 날짜(년/월/일): _____
인쇄체 이름: _____ 직함: _____ 전화 번호: _____
주소: _____

서비스 증명

확인

본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 아래에 제시된 방식으로 본 *위원회 검토 신청서*의 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 및 (3)에 명시된 제출 및 서비스 요건을 준수했음을 확인합니다. 또한 이 문서가 법원에 소송이나 절차를 위해 제출될 수 있음을 이해합니다.

A. 본인은 _____(년/월/일)에 위원회에 다음의 방법을 통해(한 가지 선택) *위원회 검토 신청서*를 제출했습니다.

- ☐ PO Box 5205, Binghamton, NY 13902로 우편 발송(미대표 청구인만 해당).
- ☐ wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov로 이메일 전송
- ☐ WCB 웹 업로드 링크 (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- ☐ **근로자 보상 차별 청구:** 차별 부서(PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029)로 우편 발송
- ☐ **장애 혜택:** 장애급여국(PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029)로 우편 발송

B. 본인은 _____(년/월/일)에 아래 당사자에 *위원회 검토 신청서*를 제공했습니다(필요한 경우 추가 시트 첨부).

이름: _____	수행된 방법: _____	장소: _____
이름: _____	수행된 방법: _____	장소: _____
이름: _____	수행된 방법: _____	장소: _____
이름: _____	수행된 방법: _____	장소: _____
이름: _____	수행된 방법: _____	장소: _____
이름: _____	수행된 방법: _____	장소: _____
이름: _____	수행된 방법: _____	장소: _____
이름: _____	수행된 방법: _____	장소: _____

본인은 이메일이나 기타 전자 수단을 통해 서비스를 제공받은 모든 당사자가 해당 수단을 통해 서비스를 제공하도록 명시적으로 허가했음을 보증합니다.

본인은 위에 명시된 것처럼 본 *위원회 검토 신청서*가 신청 대상으로 되는 결정이 접수된 날로부터 30일 이내에 제공되었음을 보증합니다.

날짜 (년/월/일): _____ 서명: _____
인쇄체 이름: _____