

تعليمات لإكمال النموذج RB-89.1

إلى الطاعن: يجب تقديم الطعن في طلب المراجعة المقدم لمجلس تعويض العمال ("المجلس") في غضون 30 يوماً تقويمياً بعد تبليغ الطاعن بطلب مراجعة المجلس. يُعد الطعن مقدماً إلى المجلس في تاريخ الاستلام الفعلي لهذا الطعن من قبل المجلس. وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ج)، الذي يقتضي أن تستوفي جميع الطعون المتطلبات الواردة في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)، لا يجوز تقديم الطعن إلا على العنوان البريدي المركزي للمجلس (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205)، رقم الفاكس المركزي للمطالبات (1-877-533-0337)، أو عنوان البريد الإلكتروني المركزي للمطالبات (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)، أو عبر رابط رفع المستندات على موقع ويب مجلس تعويض العمال (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). يجب أن تقدم الطعون في مطالبات التمييز ضد تعويض العمال إلى المجلس عن طريق إرسال الطعن بالبريد إلى وحدة التمييز التابعة لمجلس تعويض العمال Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. تُقدم الطعون في المطالبات المقدمة لطلب إعانات الإعاقة (المطالبات المتعلقة بالأجر الفائتة بسبب الإصابات أو الأمراض غير المتعلقة بالعمل) إلى المجلس عن طريق إرسال الطعن بالبريد إلى مكتب إعانات الإعاقة Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. تُرسل نسخة من هذا الطعن إلى جميع الأطراف المعنية الواجب إبلاغهم وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1) (رابعاً). تكون الطعون، ما لم يتم تقديمها من مطالب غير ممثل، بالصيغة التي يحددها الرئيس، وتُملأ جميع أقسام الطعن بحيث تتوافق مع أي مذكرة قانونية مرفقة مع الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1) (أولاً). قد يؤدي عدم توفير جميع المعلومات المطلوبة بموجب الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 وهذه التعليمات إلى عدم النظر في الطعن.

ملحوظة: لن تُقبل الطعون في طلب مراجعة المجلس إذا سُلمت يدوياً إلى مكتب المجلس. تُعد الطعون المرسلة بالبريد أو المقدمة مباشرة إلى قسم المراجعة الإدارية غير مقبولة إلى المجلس ولن يتم النظر فيها.

1. رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال. اكتب رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. يشمل رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال رقم الحالة لمطالبة تعويض العمال، والتمييز وإعانات الإعاقة والتمييز في الإجازة العائلية مدفوعة الأجر ومخصصات رجال الإطفاء المتطوعين وعمال الإسعاف المتطوعين.
2. رقم (أرقام) الحالة لدى شركة التأمين اكتب رقم (أرقام) حالة لدى شركة التأمين للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
3. رمز شركة التأمين اكتب رمز شركة التأمين للمطالبة (المطالبات) قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
4. اسم شركة التأمين اكتب رمز شركة التأمين للمطالبة قيد الاستئناف. لا ينطبق هذا القسم/ البند على مطالبات التمييز.
5. تاريخ الإصابة/ الإجازة اكتب التاريخ الأصلي الذي حدثت فيه الإصابة أو تاريخ بدء الإجازة العائلية مدفوعة الأجر (إذا لم يتم الحصول على إجازة عائلية مدفوعة، فاكتب تاريخ الشكوى ضد التمييز).
6. اسم المُطالب اكتب اسم الموظف بالكامل.
7. عنوان المُطالب اكتب عنوان الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي للموظف.
8. الطرف الذي يُقدم هذا الطعن حدد الطرف الذي يقدم هذا الطعن.
9. نوع الطلب الذي يُطلب هذا الطعن الرد عليه. وضح ما إذا كان الطعن المقدم رداً على إما (1) طلب النظر في قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال، أو (2) إعادة الاستماع أو إعادة فتح المطالبة.
10. تاريخ القرار اكتب تاريخ القرار المستأنف.
11. تاريخ التبليغ اكتب التاريخ الذي أُبلغ فيه الطاعن بالطلب.
12. النتيجة المطلوبة. وضح ما إذا كان الطعن يزعم أنه (1) يجب رفض الطلب بموجب الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(4)، (2) يجب تصحيح قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال إدارياً والطريقة التي ينبغي تصحيحه بها، (3) يجب تأييد قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال بالكامل، أو (4) يجب تعديل قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال والطريقة التي ينبغي تعديله بها.
13. الرد على القضايا وأسس الرد. قدم بياناً موجزاً رداً على القضايا والأسس التي أُبدت في الطلب مع تحديد أي أخطاء مزعومة في الواقع أو القانون. كما هو منصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1) (أولاً) و(ج)، يحق للطاعن إرفاق مذكرة قانونية لا تزيد عن ثماني (8) صفحات، حجم الخط 12، بوصة واحدة للهوامش، 8.5 بوصات في الأعلى، و11 بوصة في أسفل الصفحة. لن تُنظر أي مذكرة تتجاوز ثماني (8) صفحات، ما لم يوضح الطاعن كتابياً سبب عدم تمكنه من تقديم أساس الاستئناف في ثماني (8) صفحات فقط. لن تُنظر أي مذكرة تتجاوز خمس عشرة (15) صفحة تحت أي ظرف من الظروف.

14. **السجل.** إذا كان السجل المذكور في الطلب يشكل السجل الكامل لنظر الطلب، فترك هذا القسم فارغاً. إذا كان السجل المذكور في الطلب لا يشكل السجل الكامل لنظر الطلب، فحدد بالتاريخ و/ أو برقم (أرقام) معرف المستند وجلسات الاستماع الأخرى والوثائق والمستندات والأدلة الأخرى ومحاضر الجلسات المدرجة في ملف المجلس ذي الصلة بالقضية (القضايا) والأسباب التي أبدت في الطلب التي لم تُذكر فيه. لا تدرج ولا ترفق بالظعن في طلب مراجعة المجلس أي مستندات موجودة في الملف الموجود لدى المجلس عند تقديم الطلب أو هذا الظعن. يحق للمجلس رفض أي ظعن مقدم من الطاعن أو ممثله القانوني للمستأنف الذي أرفق المستندات الموجودة بالفعل في ملف المجلس عند تقديم الطلب أو تقديم هذا الظعن، وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(1)(ثانياً) و(ج). لا ترفق ولا ترسل محاضر أو جلسات استماع صوتية مسجلة، لأن المجلس لن يلتفت إليها.

15. **الأدلة الجديدة والإضافية** إذا طلب الطاعن تقديم دليل جديد أو إضافي، لم يقدم من قبل للقاضي المختص بقانون تعويض العمال، في الظعن في طلب مراجعة المجلس، فيجب على الطاعن، (1) أن يذكر في الظعن ما إذا كان هذا الدليل مرفقاً بالظعن أو موجوداً في ملف المجلس وأن يحدد رقم معرف المستند ذي الصلة، و(2) تقديم إفادة مشفوعة بيمين أو تأكيد يوضح الدليل، وشرح سبب عدم إمكانية تقديم هذه الأدلة من قبل أمام القاضي المختص بقانون تعويض العمال. يجوز للمجلس أن يمارس أو لا يمارس سلطاته التقديرية بشأن قبول مثل هذه الأدلة. إذا لم تُقدم الإفادة أو التأكيد المشفوع بيمين مع الظعن، فلن تنظر هيئة المجلس في هذه الأدلة الجديدة أو الإضافية [انظر الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (خامساً) و(300.17)].

16. **الاعتراض أو الاستثناء** إذا كنت تلتزم تعديل قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال، فاذكر الاعتراض أو الاستثناء المقدم ضد الحكم، وتاريخ تقديم هذا الاعتراض أو الاستثناء وفقاً لما يقتضيه الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (ثانياً) و(ج). إذا قُدم الاعتراض أو الاستثناء في جلسة استماع، فيجب ذكر تاريخ الجلسة التي قُدم فيها الاعتراض أو الاستثناء. إذا قُدم الاعتراض أو الاستثناء في دعوى غير مدرجة بجدول الدعاوى، فاذكر تاريخ هذه الدعوى غير المدرجة بجدول الدعاوى.

17. **الشهادة** يوقع المحرر على النموذج ويؤرخه (مع بيان الاسم والمسمى الوظيفي ورقم الهاتف والعنوان) مقرراً بحسن نية الظعن في القانون والواقع، وأنه تأسس على أسباب معقولة وأبلغت به الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم بقسم إثبات التبليغ.

18. **إثبات التبليغ** تُقدم نسخة من هذا الظعن إلى جميع الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم وفقاً للباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً) و(ج). يُعد عدم إخطار أي طرف معني واجب إبلاغه تبليغاً ناقصاً ويجوز لمجلس تعويض العمال ألا يلتفت للظعن. إذا قُدم الظعن على طلب مراجعة المجلس عن طريق شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن ذاتياً أو دافع آخر أو دافع محتمل، فيكون التبليغ من مسؤولية المطالب ومثله القانوني والأطراف الأخرى المعنية والواجب إبلاغهم. يُعد التبليغ قد تم في حينه إذا أكمله الطاعن في غضون ثلاثين (30) يوماً من الإبلاغ بطلب مراجعة المجلس. يجب إكمال التأكيد أو الإفادة الخطية شريطة أن تتضمن وسيلة تقديم الظعن إلى مجلس تعويض العمال وتاريخه. يستخدم الطاعن وسيلة واحدة فقط لتقديم الظعن إلى المجلس. إذا كررت ملفات الطاعن نفس الطعون، فقد يُنظر إلى هذه الملفات المكررة على أنها تُبدي أو تستمر في إبداء قضية دون أسباب معقولة، وقد يخضع الطاعن بموجبها للتقييمات عملاً بالمادة 114-أ(3) من قانون تعويض العمال. يجب أن يحدد التأكيد أو الإفادة الخطية المكتملة الأوراق المقدمة أسماء الأطراف المعنية المبلغة وتاريخ ووسيلة التبليغ لكل طرف معني، وأن هذا التبليغ قد تم في غضون 30 يوماً من الإبلاغ بطلب مراجعة المجلس. من غير المقبول إكمال جزء الإفادة الخطية أو التأكيد بحيث يشير إلى المبلغين ووسيلة التبليغ بعبارة "انظر المرفق". إذا تم إبلاغ أي طرف عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني أو أي وسيلة إلكترونية أخرى، فيجب أن يحتوي الإقرار أو الإفادة الخطية على شهادة تفيد بأن الطرف المبلغ قد قدم إبلاغاً صريحاً بالتبليغ بهذه الوسائل [انظر الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2) (رابعاً) (ج) و(ج)]. لا يلزم إبلاغ جميع الأطراف بالظعن بنفس الوسيلة. يجب أن يكون التأكيد مؤرخاً وموقعاً ويخضع لعقوبات الحنث باليمين. لا يحق إكمال التأكيد إلا من قبل وكيل فقط. تصدر الإفادة الخطية مشفوعة بيمين (وموقعة) أمام الكاتب العدل.

1. رقم (أرقام) الحالة لدى مجلس تعويض العمال	2. رقم (أرقام) الحالة لدى شركة التأمين	3. رمز شركة التأمين	4. اسم شركة التأمين	5. تاريخ الإصابة/ الإجازة
6. اسم المُطالب		7. عنوان المُطالب		
8. تم تقديم هذا الظعن بالنيابة عن:				
9. هذا الظعن هو رد على طلب (ضع علامة أمام خيار واحد فقط): <input type="checkbox"/> مراجعة قرار القاضي المختص بقانون تعويض العمال <input type="checkbox"/> إعادة النظر أو إعادة فتح المطالبة				
10. تاريخ تقديم القرار (شهر/ يوم/سنة):				
11. تم تبليغ الطاعن بالمطلب في (شهر/ يوم/سنة):				
12. يزعم هذا الظعن أنه: <input type="checkbox"/> يجب رفض الطلب بموجب الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13(ب)(4). <input type="checkbox"/> يجب تصحيح القرار إداريًا ليصبح نصه كما يلي: _____ <input type="checkbox"/> يجب تأييد القرار جملة وتفصيلاً. <input type="checkbox"/> يجب تعديل القرار ليصبح: _____				
13. الرد على القضايا وأسس الرد. يرد هذا الظعن على كل مسألة أثرت على النحو التالي (ارفق مذكرة قانونية لا تتجاوز 8 صفحات، انظر التعليمات للمزيد من التفاصيل):				
14. السجل. إذا لم تكن تعتمد على السجل، فحدد أي دليل إضافي ذي صلة (انظر التعليمات لمعرفة التفاصيل):				
15. أدلة جديدة وإضافية بموجب الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب) (1) (ثالثاً) (انظر التعليمات للمزيد من التفاصيل):				
16. الاعتراض أو الاستثناء إذا كان الظعن يزعم أنه يجب تعديل القرار، فأذكر كلاً من الاعتراض أو الاستثناء المقدم ضد الحكم وتاريخ تقديمهم وفقاً لما يقتضيه الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب) (2) (ثالثاً) و(ج):				



17. الشهادة: بالتوقيع على هذا المستند في المساحة المخصصة أدناه، أقر أن هذا الطعن له أساس حسن النية في القانون والواقع، وقد قدم علي أسس معقولة، وأعلن إلى جميع الأطراف المعنية والواجب إبلاغهم باستخدام وسيلة التبليغ، ويشمل ذلك العنوان الفعلي أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الفاكس حيث أن التبليغ مدرج في التأكيد أو الإفادة بالتبليغ أدناه. أدرك أن قانون تعويض العمال يفرض عقوبات رادعة للشروع في الدعوى أو الاستمرار بها دون تأسيسها على أسباب معقولة.

توقيع المحرر _____ تاريخ الإعداد (شهر/ يوم/ سنة): _____
الاسم بخط واضح: _____ المسمى الوظيفي: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

إثبات التبليغ

التأكيد

ولاية نيويورك، مقاطعة _____، وأنا، _____، وكيل معترف به حسب الأصول لممارسة مهنة المحاماة في محاكم ولاية نيويورك. أؤكد بموجب ذلك وبموجب وقوعي تحت عقوبة الحنث باليمين أنني قد امتثلت لمتطلبات التقديم والتبليغ على النحو المنصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2)(رابعاً) و(3) والباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13(ج) في هذا الطعن في طلب مراجعة المجلس بالوسيلة الموضحة أدناه.

أ. قدمت الطعن في طلب مراجعة المجلس إلى المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) _____ عن طريق (اختر وسيلة واحدة):

الإرسال بالبريد إلى: Box 5205, Binghamton, NY 13902

الفاكس 1-877-533-0337

البريد الإلكتروني على wbcclaimsfilng@wcb.ny.gov

رابط موقع ويب مجلس تعويض العمال (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

المطالبة بتعويض العمال ضد التمييز: الإرسال بالبريد على: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204

إعانات الإعاقة: إرسال بريد إلى مكتب إعانات الإعاقة (Disability Benefits Bureau), PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

ب. قدمت الطعن في طلب مراجعة المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) _____ إلى (أرفق أوراقاً إضافية عند الحاجة):

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

أقر بأن أي طرف مُبلغ عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني أو أي وسيلة إلكترونية أخرى قد قدم إنذاراً صريحاً للتبليغ بهذه الوسيلة.

أقر بأن الإبلاغ بهذا الطعن في طلب مراجعة المجلس، كما هو موضح أعلاه، قد تم في غضون ثلاثين يوماً من الإبلاغ بطلب مراجعة المجلس.

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

الاسم بخط واضح: _____

إفادة

ولاية نيويورك، مقاطعة _____، أقر أنا _____، بموجب حلف اليمين بما يلي: أنني لست طرفاً معنياً بالمطالبة (المطالبات) المدرجة في الطعن في طلب مراجعة المجلس ويزيد عمري عن 18 عاماً. أقر بموجب ذلك أنني قد امتثلت لمتطلبات التقديم والتبليغ على النحو المنصوص عليه في الباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13 (ب)(2)(رابعاً) و(3) والباب 12 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك 300.13(ج) في هذا الطعن في طلب مراجعة المجلس بالوسيلة الموضحة أدناه.

أ. قدمت الطعن في طلب مراجعة المجلس إلى المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) _____ عن طريق (اختر وسيلة واحدة):

الإرسال بالبريد إلى: Box 5205, Binghamton, NY 13902

الفاكس 1-877-533-0337

البريد الإلكتروني على wbcclaimsfilng@wcb.ny.gov

رابط موقع ويب مجلس تعويض العمال (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)

المطالبة بتعويض العمال ضد التمييز: الإرسال بالبريد على: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204

إعانات الإعاقة: إرسال بريد إلى مكتب إعانات الإعاقة (Disability Benefits Bureau), PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

ب. قدمت الطعن في طلب مراجعة المجلس بتاريخ (التاريخ - شهر/ يوم/ سنة) _____ إلى (أرفق أوراقاً إضافية عند الحاجة):

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

الاسم: _____ عبر (الوسيلة): _____ إلى (العنوان): _____

أقر بأن أي طرف مُبلغ عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني أو أي وسيلة إلكترونية أخرى قد قدم إنذاراً صريحاً للتبليغ بهذه الوسيلة.

أقر بأن الإبلاغ بهذا الطعن في طلب مراجعة المجلس، كما هو موضح أعلاه، قد تم في غضون ثلاثين يوماً من الإبلاغ بطلب مراجعة المجلس.

حلف اليمين أمامي في هذا اليوم _____ من شهر _____ التوقيع: _____

الاسم بخط واضح: _____

الكاتب العدل