

RB-89.2 작성 안내문

신청인 참고 사항: 재고/전체 위원회 검토 신청서는 위원회 패널 결정 보고서가 위원회 비서실에 제출되었다는 통지가 있는 날로부터 30일 이내에 제출해야 합니다. 신청서는 위원회에서 해당 신청서를 실제로 수령한 날짜에 위원회에 제출된 것으로 간주됩니다. 12 NYCRR 300.13(b)(3) 및 의장이 지정한 바에 따라, 신청서는 위원회의 중앙 우편물 수령소(P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), 중앙 청구 접수 팩스 번호(1-877-533-0337), 중앙 청구 접수 이메일(wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov) 또는 WCB 웹 업로드 링크 (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>)를 통해서만 위원회에 제출할 수 있습니다. 노동자 보상 차별 청구 신청서는 위원회의 차별 관리 부서 검토 센터(150 Broadway, Menands, NY 12204)로 신청서를 우편 발송하는 방식을 통해서만 제출해야 합니다. 장애 수당을 위해 제출하는 청구(업무와 관련이 없는 부상 또는 질병으로 인한 급여 상실에 대한 청구)의 신청서는 장애 수당 관리국(PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029)에 신청서를 우편 발송하는 방식으로 위원회에 제출해야 합니다. 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)에 따라 이 신청서의 사본을 모든 필수 이해 당사자에게 제공해야 합니다. 미출석 청구인이 제출한 경우를 제외하고, 신청서는 의장이 지정한 형식이어야 하며, 신청서의 모든 섹션을 작성해야 합니다. 양식에서 요구하는 모든 정보를 제공하지 않는 경우 신청이 기각될 수 있습니다.

참고: 위원회 재고/전체 위원회 검토 신청서를 위원회 사무실에 직접 제출하는 경우 접수되지 않을 수 있습니다. 법무 자문위원 사무실(Office of General Counsel)로 우송되거나 직접 제출된 신청서는 위원회에 제출된 것으로 간주되지 않으며 검토되지 않습니다.

모든 기타 당사자 참고 사항: 12 NYCRR 300.13(c)에 따라 RB-89.2의 제공 증명(Proof of Service) 섹션에 명시된 바와 같이 이 신청에 대한 반박은 당사자들에게 신청서를 전달한 날짜로부터 30일 이내에 위원회에 제출해야 합니다.

1. **WCB 케이스 번호.** 이의를 제기하는 청구의 WCB 케이스 번호를 기재하십시오. WCB 케이스 번호에는 노동자 보상, 차별, 장애 수당, 유급 가족 휴가 차별, 소방 자원봉사자 및 구급차 자원봉사자 수당에 대한 케이스 번호가 포함됩니다.
2. **보험회사 케이스 번호.** 이의를 제기하는 청구의 보험회사 케이스 번호를 기재하십시오. 이 섹션/항목은 차별 관련 청구에 적용되지 않습니다.
3. **보험회사 코드.** 이의를 제기하는 청구의 보험회사 코드를 기재하십시오. 이 섹션/항목은 차별 관련 청구에 적용되지 않습니다.
4. **보험회사명.** 이의를 제기하는 청구의 보험회사명을 기재하십시오. 이 섹션/항목은 차별 관련 청구에 적용되지 않습니다.
5. **부상/휴가 날짜.** 부상이 발생한 날짜 또는 유급 가족 휴가 시작일을 기재하십시오(유급 가족 휴가를 사용하지 않은 경우 차별 불만제기일 기재).
6. **청구인명.** 직원의 성명을 기재하십시오.
7. **청구인 주소.** 직원의 거리 주소, 시, 주, 우편 번호를 기재하고 우편 주소가 다른 경우 해당 주소도 기재하십시오.
8. **이 신청서로 대리하는 대상.** 이 신청서에 이의 제기하거나 신청서 제출을 요청하는 당사자를 명시하십시오.
9. **재고/전체 위원회 검토 신청.** 이 신청이 1) 의무적인지 2) 재량적인지 명시하십시오.
10. **위원회 패널 결정 보고서 제출 날짜.** 이의를 제기하는 대상 결정이 이루어진 날짜를 기재하십시오.
11. **원하는 조치.** 원하는 조치의 유형을 명시하십시오.
12. **현재 케이스 상태.** 케이스의 상태를 기재하십시오.
13. **검토를 위한 문제 상세 내용.** 검토를 위한 문제에 대해 구체적으로 서술하십시오.
14. **이의 제기 기본 사항.** 이의를 제기하는 구체적인 확인 사실 및/또는 주장하는 법적 오류를 포함하여 이의를 제기하게 된 구체적인 근거에 대해 간결한 진술을 제공하십시오. 결정해야 할 문제에 대해 위원회의 주의를 구체적으로 유도하지 않는 포괄적인 혐의 주장은 충분하지 않습니다. 추가 페이지를 최대 8장까지 추가할 수 있습니다.

15. **공청회 날짜, 필기록, 서류, 증거물 및 기타 증빙.** 이 신청에서 제기된 문제 및 근거와 관련된 기록이나 그 일부를 참조로 명시하십시오. WCLJ에 제기된 문제에 대한 공청회 날짜와 기타 관련된 공청회 날짜를 명시하십시오. 검토가 제기되는 문제 및 근거와 관련이 있고 위원회에서 보유하고 있는 필기록, 서류, 보고서, 증거물 및 기타 증빙의 날짜 및/또는 서류 확인 번호를 명시하십시오. 회의 필기록이 없는 경우, 없다고 명시하십시오. 신청서를 제출하는 시점에 위원회에서 보유하고 있는 서류를 이 신청서에 포함하거나 첨부하지 마십시오.

16. **대법원 제3부서 항소 결정에 대한 이의 제기.** 결정 보고서의 이의 제기가 대법원 제3부서의 항소 결정에 대한 것인지 명시하십시오.

17. **증명.** 작성자는 양식에 서명하고 날짜를 기재함으로써(작성자의 이름, 직책, 전화번호 및 주소 포함) 신청서가 법적 및 사실적으로 선의의 근거를 갖고 있고, 합리적인 이유로 제기되었으며, 제공 증명 섹션에 포함된 필수 이해 당사자에게 제공되었음을 확인해야 합니다.

18. **제공 증명.** 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)에 따라 신청서는 모든 필수 이해 당사자에게 제공되어야 합니다. 필수 당사자에게 적절하게 제공하지 않는 경우, 결함이 있다고 간주되며 위원회에서 신청을 거절할 수 있습니다. 위원회 검토 신청서를 보험회사, 자체 보험 부담 고용주 또는 기타 지급인이나 잠재적 지급인이 제출하는 경우, 청구인, 청구인의 법적 대리인 및 기타 필수 이해 당사자에게 제공해야 합니다. 항소인이 위원회의 결정 제출일로부터 삼십(30) 일 이내에 제공을 완료하는 경우 적시에 완료된 것으로 간주합니다. 확인서 또는 진술서를 작성해야 하며 신청서를 위원회에 제출한 방식과 날짜를 포함해야 합니다. 항소인은 위원회에 신청서를 제출할 때 한 가지 방식만 사용해야 합니다. 항소인이 신청서를 중복으로 제출하는 경우 해당 중복 제출은 합리적인 근거 없이 문제를 야기 또는 지속하는 것으로 간주되며 WCL § 114-a(3)에 따라 항소인에게 평가사정액이 부과될 수 있습니다. 작성된 확인서 또는 진술서는 제공된 서류, 제공한 이해 당사자 이름, 각 이해 당사자에게 제공된 날짜와 방식, 그리고 신청서의 대상이 되는 결정이 제출된 날짜로부터 30일 이내에 제공되었음을 명시해야 합니다. 진술서 또는 확인서의 일부를 '첨부 문서 참조'를 통해 제공 대상과 방식을 나열하여 작성하는 경우 허용되지 않습니다. 팩스, 이메일 또는 기타 전자 방식을 통해 제공받은 당사자가 있는 경우, 확인서 또는 진술서에는 해당 당사자가 그러한 방식을 통해 제공받도록 명시적인 허가가 있는 후에 그렇게 제공받았음을 증명하는 내용이 포함되어 있어야 합니다[12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C) 참조]. 신청서를 모든 당사자에게 동일한 방식으로 제공할 필요는 없습니다. 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 전제 하에 확인서에 날짜를 기재하고 서명해야 합니다. 확인서는 변호사만 작성할 수 있습니다. 진술서는 공증인 앞에서 선서(및 서명)해야 합니다.



1. WCB 케이스 번호	2. 보험회사 케이스 번호	3. 보험회사 코드	4. 보험회사명	5. 부상/휴가 날짜
6. 청구인명			7. 청구인 주소	
8. 이 신청서로 대리하는 대상:				
9. WCL 섹션 32 및 142(2)에 따라 이 재고/전체 위원회 검토 신청서는 다음에 해당합니다.				
<input type="checkbox"/> 의무적(공정한 전문가에게 회부되는 유일한 근거가 아닌 반대 의견이 있었던 경우) <input type="checkbox"/> 재량적				
10. 위원회 패널 결정 보고서 제출 날짜(mm/dd/yyyy):				
11. 원하는 조치:				
<input type="checkbox"/> 결정 보고서의 행정적 시정 <input type="checkbox"/> 결정 보고서의 변경 <input type="checkbox"/> 결정 보고서의 반복 <input type="checkbox"/> 결정 보고서의 취소				
12. 이 케이스의 현재 상태(한 가지 선택): <input type="checkbox"/> 각하됨 <input type="checkbox"/> 인정됨				
13. 검토를 위한 문제에 대해 구체적으로 서술하십시오.				
14. 이의 제기 기본 사항. 이 검토 신청서는 다음을 근거로 합니다(추가 페이지를 최대 8장까지 추가할 수 있습니다).				
15. 공청회 날짜, 필기록, 서류, 증거물 및 기타 증빙. (안내문의 상세 설명 참조):				
16. 결정 보고서의 이의 제기가 대법원 제3부서의 항소 결정에 대한 것입니까?				
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				



17. 증명: 본인은 아래에 제공된 이 문서의 공란에 서명함으로써 이 신청서가 법적 및 사실적으로 선의의 근거가 있으며, 합리적인 이유로 제기되었으며, 아래의 제공 확인서 또는 진술서에 기재된 바와 같이 신청서가 전달된 실제 주소, 이메일 주소 또는 팩스 번호를 포함한 제공 방식을 사용하여 모든 필수 이해 당사자에게 제공되었음을 확인합니다. 본인은 노동자 보상법이 합리적 근거가 없는 그리고/또는 지연 목적을 위한 소송의 제기나 지속에 대해 상당한 처벌을 부과한다는 사실을 이해합니다. 본인은 어떠한 이유에서든 이 신청이 철회되거나 제기된 문제가 당사자에 의해 해결된 경우, 본인이 위원회와 필수 이해 당사자에게 즉시 서면으로 알려야 한다는 점을 이해합니다.

작성자 서명: _____ 작성 날짜(mm/dd/yyyy): _____

인쇄체 이름: _____

공식 직책: _____ 주간 연락처: _____

주소: _____

제공 증명

섹션 1

확인서

뉴욕주 _____ 카운티: 본인(_____)은 뉴욕주 법정에서 변호하도록 적절한 절차에 따라 인정받은 변호사입니다. 본인은 아래 섹션 2에 설명된 방식으로 이 재고/전체 위원회 검토 신청서에 대해 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 및 (3)에 명시된 바와 같이 제출 및 제공 요건을 준수하였음을 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 전제 하에 확인합니다.

본인은 아래 명시된 이 재고/전체 위원회 검토 신청서의 제공이 이 신청의 대상이 되는 결정 제출 날짜로부터 30일 이내에 완료되었음을 확인합니다.

날짜(mm/dd/yyyy): _____ 서명: _____

인쇄체 이름: _____

진술서

뉴욕주 _____ 카운티: 절차에 따라 선서한 본인(_____)은 아래와 같이 증언하고 말합니다. 본인은 재고/전체 위원회 검토 신청서에 기재된 청구에 대한 이해 당사자가 아니며 18세 이상의 성인입니다. 본인은 아래 섹션 2에 설명된 방식으로 이 재고/전체 위원회 검토 신청서에 대해 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) 및 (3)에 명시된 바와 같이 제출 및 제공 요건을 준수하였음을 확인합니다.

본인은 아래 명시된 이 재고/전체 위원회 검토 신청서의 제공이 이 신청의 대상이 되는 결정 제출 날짜로부터 30일 이내에 완료되었음을 확인합니다.

다음 날짜에 본인 앞에서 선서했습니다. 월: _____ 일: _____ 서명: _____

인쇄체 이름: _____

공증인

섹션 2

A. 본인은 재고/전체 위원회 검토 신청서를 _____ (날짜 - mm/dd/yyyy)에 제출했으며 그 방식은 다음과 같습니다(한 가지 방식 선택).

- 우편: P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- 팩스: 1-877-533-0337
- 이메일: wcbclaimsfilling@wcb.ny.gov
- WCB 웹 업로드 링크(<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- 노동자 보상 차별 청구: 우편: Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- 장애 수당: 우편: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. 본인은 위원회 검토 신청서를 _____ (날짜 - mm/dd/yyyy)에 제공했으며 그 대상은 다음과 같습니다(필요한 경우 추가 페이지 첨부).

이름: _____ 방식: _____ 주소: _____

이름: _____ 방식: _____ 주소: _____

이름: _____ 방식: _____ 주소: _____

이름: _____ 방식: _____ 주소: _____