

CONSIGNES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE RB-89

AUX DEMANDEURS : Une Demande de révision de la Commission doit être déposée dans les 30 jours calendrier suivant la date de dépôt de la décision du juge spécialiste du droit des accidents du travail. Une demande est réputée déposée auprès de la Commission à la date de réception effective de cette demande par la Commission. Conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(3) et à la décision de la présidence, une demande ne peut être déposée auprès de la Commission qu'à l'adresse postale centralisée de la Commission (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), au numéro de fax centralisé pour les demandes (1-877-533-0337), à l'adresse électronique centralisée pour les demandes (wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov), ou via le lien de téléchargement du site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Les demandes relatives à des réclamations pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail doivent être déposées auprès de la Commission par courrier au service de la discrimination de la Commission, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Les demandes relatives à des réclamations pour prestations d'invalidité (demandes de perte de salaire en raison de blessures ou de maladies non liées au travail) doivent être déposées auprès de la Commission par courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Une copie de cette demande doit être signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Les demandes, à moins qu'elles ne soient soumises par un(e) demandeur(euse) non représenté(e), doivent être présentées dans le format prescrit par la présidence, toutes les sections de la demande doivent être remplies et tout document juridique joint doit être conforme à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i). Si vous ne fournissez pas toutes les informations requises par la règle 12 NYCRR 300.13 et les présentes consignes, la demande peut être refusée.

REMARQUE : Les demandes de révision de la Commission ne seront pas acceptées si elles sont remises en main propre un bureau de la Commission. Les demandes envoyées par courrier ou soumises directement à la Division des révisions administratives seront considérées comme n'ayant pas été déposées auprès de la Commission et ne seront pas prises en compte.

À TOUTES LES AUTRES PARTIES : Toute réfutation de la présente demande doit être signifiée à la Commission dans les 30 jours calendrier suivant la date à laquelle la demande a été signifiée aux parties, comme indiqué dans la section Preuve de signification du formulaire RB-89, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(c).

- 1. Numéro(s) de dossier de la WCB.** Saisissez le(s) numéro(s) de dossier de la WCB pour la (les) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Les numéros de dossier de la WCB comprennent le numéro de dossier pour l'indemnisation des accidents du travail, la discrimination, les prestations d'invalidité, la discrimination en lien avec un congé familial payé et les prestations de pompier volontaire et d'ambulancier volontaire.
- 2. Numéro(s) de dossier de l'assureur.** Entrez le(s) numéro(s) de dossier de l'assureur pour la (des) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 3. Code de l'assureur.** Entrez le code de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 4. Nom de l'assureur.** Entrez le nom de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 5. Date de l'accident/du congé.** Indiquez la date à laquelle l'accident est survenu ou la date du début du congé familial payé (si le congé familial payé n'a pas été pris indiquez la date de la plainte pour discrimination).
- 6. Nom du (de la) demandeur(euse).** Entrez le nom complet de l'employé(e).
- 7. Adresse du (de la) demandeur(euse).** Indiquez l'adresse, la ville, l'État et le code postal de l'employé(e), ainsi que son adresse postale si elle est différente.
- 8. Partie demandant l'appel.** Indiquez quelle partie dépose cette Demande de révision de la Commission.
- 9. Type de demande.** Indiquez si la demande requiert 1) la révision d'une décision d'un juge spécialiste du droit des accidents du travail, ou 2) une nouvelle audience ou une réouverture.
- 10. Date de la décision.** Indiquez la date de la décision qui fait l'objet de l'appel.
- 11. Précisez la ou les questions à examiner.** Indiquez la ou les questions spécifiques à examiner.
- 12. Fondement de l'appel.** Exposez brièvement les motifs particuliers sur lesquels l'appel est fondé, y compris les conclusions de fait spécifiques qui sont contestées et/ou les erreurs de droit qui sont alléguées. Les allégations générales qui ne portent pas spécifiquement à l'attention de la Commission les questions à trancher sont insuffisantes. Comme le prescrit la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i), un(e) appelant(e) peut joindre un document juridique de huit (8) pages au maximum, en utilisant une police de 12 points, avec des marges d'un pouce, sur du papier de 8,5 pouces sur 11 pouces. Un mémoire de plus de huit (8) pages ne sera pas pris en considération, à moins que l'appelant(e) ne précise par écrit pourquoi le fondement de l'appel n'aurait pas pu être présenté en huit (8) pages. Un mémoire de plus de quinze (15) pages ne sera en aucun cas pris en considération.

13. Dates d'audience, transcriptions, documents, pièces à conviction et autres éléments de preuve. Indiquez la ou les dates d'audience auxquelles la ou les questions ont été soulevées devant le juge spécialiste du droit des accidents du travail, ainsi que toute autre date d'audience pertinente. Identifiez par la date et/ou le(s) numéro(s) d'identification du document les transcriptions, documents, rapports, pièces à conviction et autres éléments de preuve dans le dossier de la Commission qui sont pertinents pour les questions et les motifs soulevés pour révision. Si les procès-verbaux ne sont pas transcrits, indiquez-le. N'incluez pas et ne joignez pas à une Demande de révision de la Commission les documents qui se trouvent dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande. La Commission peut rejeter la Demande de révision de la Commission d'un(e) appelant(e) ou de son représentant légal qui joint des documents déjà présents dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii). Ne joignez pas et ne soumettez pas de transcriptions d'enregistrements audio des audiences, car la Commission n'en tiendra pas compte.

14. Preuves nouvelles et supplémentaires. Si un(e) appelant(e) cherche à introduire des preuves nouvelles ou supplémentaires avec la Demande de révision de la Commission qui n'ont pas été présentées devant le juge spécialiste du droit des accidents du travail, l'appelant(e) doit 1) indiquer sur la demande si ces preuves sont jointes à la demande ou se trouvent dans le dossier de la Commission, en précisant le numéro d'identification du document applicable, et 2) soumettre un affidavit ou une affirmation exposant les preuves et expliquant pourquoi ces preuves n'ont pas pu être présentées devant le juge spécialiste du droit des accidents du travail. La Commission peut ou non exercer son pouvoir discrétionnaire pour accepter ces preuves. Si l'affidavit ou l'affirmation sous serment n'est pas soumis avec la demande, cette preuve nouvelle ou supplémentaire ne sera pas prise en compte par le conseil de la Commission [voir 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii)].

15. Objection ou exception. Précisez l'objection ou l'exception qui a été interposée à la décision, et la date à laquelle l'objection ou l'exception a été interposée comme l'exige la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii). Si l'objection ou l'exception a été interposée lors d'une audience, la date de l'audience à laquelle l'objection ou l'exception a été interposée doit être indiquée. Si l'objection ou l'exception a été interposée lors d'une procédure hors calendrier, la date de la procédure hors calendrier doit être indiquée [12 NYCRR 300.13(b)(4)(v)(a), (b), et (c)].

16. Paiements d'indemnités. Lorsque la demande est déposée par l'assureur ou l'employeur auto-assuré, indiquez si des indemnités sont versées pendant que la demande est en cours. Si non, indiquez la date à laquelle les paiements ont été suspendus conformément à l'article 23 de la loi sur les accidents du travail. Si oui, indiquez le taux auquel les indemnités sont payées. Si les indemnités sont versées à un taux inférieur au taux accordé, indiquez la date à laquelle les paiements ont été réduits. Si les paiements sont suspendus, indiquez la question en appel qui constitue le fondement juridique de la suspension des paiements. Cette rubrique/section ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.

17. Certification. Le préparateur doit signer et dater le formulaire (en indiquant également son nom, son titre, son numéro de téléphone et son adresse) certifiant que la demande est fondée de bonne foi en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée aux parties intéressées nécessaires dans la section Preuve de signification.

18. Preuve de signification. La demande doit être signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Le fait de ne pas signifier correctement une partie nécessaire est considéré comme une signification défectueuse et peut entraîner le rejet de la demande par la Commission. Lorsque la demande de révision de la Commission est déposée par l'assureur, l'employeur auto-assuré ou un autre payeur ou payeur potentiel, la signification doit être faite au (à la) demandeur(euse), à son représentant légal et aux autres parties nécessaires. La signification est considérée comme opportune si elle est effectuée par l'appelant(e) dans les trente (30) jours suivant le dépôt de la décision de la Commission. L'affirmation ou l'affidavit doit être rempli et doit inclure la méthode par laquelle la demande a été déposée auprès de la Commission et la date de dépôt. L'appelant(e) ne doit utiliser qu'une seule méthode pour déposer sa demande auprès de la Commission. Si l'appelant(e) dépose une demande en double, le doublon peut être considéré comme soulevant ou poursuivant une question sans motif raisonnable, et peut soumettre l'appelant(e) à des évaluations en vertu de l'article 114-a(3) de la loi sur les accidents du travail. L'affirmation ou l'affidavit rempli doit préciser les documents signifiés, les noms des parties intéressées, la date et le mode de signification pour chaque partie intéressée, et indiquer que la signification a été effectuée dans les 30 jours suivant le dépôt de la décision faisant l'objet de la demande. Il n'est pas acceptable de compléter la partie de l'affidavit ou de l'affirmation où les personnes signifiées sont énumérées et le mode de signification précisé par la mention « Voir ci-joint ». Si une partie est signifiée par fax, courrier électronique ou autre moyen électronique, l'affirmation ou l'affidavit doit inclure une certification attestant que la partie ainsi signifiée a donné la permission explicite de recevoir la signification par ces moyens [voir 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. Il n'est pas nécessaire que la demande soit signifiée à chaque partie de la même manière. L'affirmation doit être datée et signée sous peine de parjure. Seul un avocat peut remplir l'affirmation. L'affirmation doit être assermentée (signée) devant un notaire public.



DEMANDE DE RÉVISION DE LA COMMISSION

1. Numéro(s) de dossier WCB	2. Numéro(s) de dossier de l'assureur	3. Code de l'assureur	4. Nom de l'assureur	5. Date de l'accident/du congé
6. Nom du demandeur			7. Adresse du (de la) demandeur(euse)	
8. Cette demande est faite au nom de :				
9. Type de demande (choisir UNE SEULE option) : <input type="checkbox"/> Révision de la décision du juge spécialiste du droit des accidents du travail <input type="checkbox"/> Nouvelle audience ou réouverture				
10. Date de la décision (mm/jj/aaaa) :				
11. Précisez la ou les questions à examiner :				
12. Fondement de l'appel. Cette demande de révision est fondée sur les motifs suivants (si vous joignez un document juridique, il ne doit pas dépasser 8 pages, voir les consignes pour plus de détails) :				
13. Dates d'audience, transcriptions, documents, pièces à conviction et autres éléments de preuve (voir consignes pour plus de détails) :				
14. Preuves nouvelles et supplémentaires selon la règle 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) (voir les consignes pour plus de détails) :				
15. Objection ou exception. Précisez l'objection ou l'exception qui a été interposée à la décision ET la date à laquelle l'objection ou l'exception a été interposée comme l'exige la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii) :				
16. Des indemnités sont-elles payées pendant que la demande est en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si non, date de la suspension (mm/jj/aaaa) : Si oui, à quel taux ? En cas de réduction, date de la réduction (mm/jj/aaaa) :				
Indiquez la question en appel qui constitue le fondement juridique de la suspension des paiements :				



17. Certification : En signant le présent document dans l'espace prévu ci-dessous, je certifie que la présente demande est fondée en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires en utilisant la méthode de signification, y compris l'adresse réelle, l'adresse électronique ou le numéro de fax où la signification a été transmise, indiquée dans l'affirmation ou l'affidavit de signification ci-dessous. Je comprends que la loi sur les accidents du travail prévoit des sanctions substantielles pour l'engagement ou la poursuite d'une procédure sans motif raisonnable et/ou dans le but de la retarder. Je comprends que si la présente demande est retirée pour quelque raison que ce soit ou si l'une des questions soulevées est résolue par les parties, je dois immédiatement en informer par écrit la Commission et les parties intéressées nécessaires.

Signature du préparateur _____ Date de préparation (mm/jj/aaaa) : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Titre : _____ N° de téléphone : _____

Adresse : _____

PREUVE DE SIGNIFICATION

AFFIRMATION

ÉTAT DE NEW YORK, COMTÉ DE _____ ss : Je soussigné(e), _____, suis un(e) avocat(e) dûment autorisé(e) à pratiquer le droit dans les tribunaux de l'État de New York. J'affirme par la présente, sous peine de parjure, que j'ai respecté les exigences de dépôt et de signification énoncées dans la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3) pour la présente Demande de révision de la Commission de la manière décrite ci-dessous.

A. J'ai déposé la Demande de révision de la Commission le (date - jj/mm/aaaa) _____ par (choisir une méthode) :

- Courrier à P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Fax au 1-877-533-0337
- Courrier électronique à wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- Lien de téléchargement sur le site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Réclamation pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail** : Courrier au service de la discrimination, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Prestations d'invalidité** : Courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. J'ai signifié la demande de révision de la Commission le (date - mm/jj/aaaa) _____ à (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Je certifie que toute partie signifiée par fax, courrier électronique ou autre moyen électronique a fourni la permission explicite de recevoir la signification par ces moyens.

Je certifie que la signification de la présente Demande de révision de la Commission, comme indiqué ci-dessus, a été effectuée dans les trente jours suivant le dépôt de la décision faisant l'objet de la présente demande.

Date (mm/jj/aaaa) : _____ Signature : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

AFFIDAVIT

ÉTAT DE NEW YORK, COMTÉ DE _____ ss : Je soussigné(e), _____, dûment assermenté(e), dépose et déclare : Je ne suis pas une partie intéressée par la ou les réclamations énumérées dans la Demande de révision de la Commission et j'ai plus de 18 ans. Je certifie par la présente que j'ai respecté les exigences de dépôt et de signification énoncées dans la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3) pour la présente Demande de révision de la Commission de la manière décrite ci-dessous.

A. J'ai déposé la Demande de révision de la Commission le (date - jj/mm/aaaa) _____ par (choisir une méthode) :

- Courrier à P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Fax au 1-877-533-0337
- Courrier électronique à wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
- Lien de téléchargement sur le site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Réclamation pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail** : Courrier au service de la discrimination, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Prestations d'invalidité** : Courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. J'ai signifié la demande de révision de la Commission le (date - mm/jj/aaaa) _____ à (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Nom : _____ par (méthode) : _____ à (adresse) : _____

Je certifie que toute partie signifiée par fax, courrier électronique ou autre moyen électronique a fourni la permission explicite de recevoir la signification par ces moyens.

Je certifie que la signification de la présente Demande de révision de la Commission, comme indiqué ci-dessus, a été effectuée dans les trente jours suivant le dépôt de la décision faisant l'objet de la présente demande.

Déclaré sous serment devant moi en ce _____ Signature : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Notaire public