



إجراءات قسم التفتيش الصحي لطلب تصريح منشأة غذائية

1. أكمل طلب قسم الصحة
2. دفع رسوم قسم الصحة
3. احصل على أربع (4) مجموعات من المخططات (بحد أدنى 11 × 17 مرسومة حسب المقياس)
4. أرسل نسخة واحدة (1) من جميع نماذج مواصفات المعدات الجديدة من الشركة المصنعة بحسب اعتماد NSF/UL معيار NSF رقم 7 للتبريد
5. أكمل وأرسل Food Plan Review Worksheet (ورقة عمل مراجعة الخطة الغذائية)
6. أرسل نسخة واحدة (1) من القائمة مع إرشادات المستهلك (إذا كان ذلك مناسبًا)
7. تقديم المخططات الموقعة إلى قسم البناء مع طلبات الحصول على تراخيص البناء والرسوم المناسبة
8. يجب أن يتم توقيع رخصة البناء من قبل المفتشين
9. انتقل إلى الجلسة التالية

التقدم بطلب للحصول على تصريح (يتم قبول الطلبات شخصيًا فقط)

1. طلب/الحصول على شهادة الإشغال المناسبة و/أو شهادة التفتيش من قسم البناء
2. إحضار نسخة من شهادة الإشغال وشهادة التفتيش إلى قسم الصحة
3. أكمل طلب قسم الصحة
4. أرسل نسخة من شهادة مدير الأغذية وشهادة التوعية بالحساسية بدوام كامل في الموقع
5. تقديم ترخيص متعهد مواد غذائية (Victuallers License) (للمطعم فقط)
6. دفع الرسوم الصحية وطلب "فحص ما قبل الافتتاح من قسم الصحة"



قسم الخدمات التفتيشية

للاستخدام الصحي فقط				
تاريخ الاستلام	تاريخ الفحص	تمت الموافقة من قبل	تم إصدار التصريح	الرسم
_____	_____	_____	_____	_____

طلب تصريح مؤسسة غذائية

(1) اسم المنشأة:	
(2) عنوان المنشأة:	
(3) العنوان البريدي للمؤسسة (إذا كان مختلفاً):	
(4) رقم هاتف المؤسسة:	
(5) اسم مقدم الطلب وعنوانه:	
(6) عنوان مقدم الطلب:	
(7) رقم هاتف المؤسسة: عنوان البريد الإلكتروني:	
(8) اسم المالك ولقبه (إذا كان مختلفاً عن مقدم الطلب):	
(9) عنوان المالك (إذا كان مختلفاً عن مقدم الطلب):	
(10) المنشأة يملكها:	(11) إذا كانت شركة أو شراكة، فأذكر الاسم والمسمى الوظيفي وعنوان المنزل للمسؤولين أو الشركاء:
جمعية	الاسم: _____
شركة	المسمى الوظيفي: _____
فرد	العنوان: _____
مشاركة	_____
_____	_____
(12) الشخص المسؤول مباشرة عن العمليات اليومية (المالك، الشخص المسؤول، المشرف، المدير، إلخ.)	
الاسم واللقب:	_____
العنوان:	_____
هاتف رقم:	الفاكس: _____
رقم هاتف الطوارئ:	_____
(13) مشرف المقاطعة أو المشرف الإقليمي (إن وجد)	
الاسم واللقب:	_____
العنوان:	_____
هاتف رقم:	الفاكس: _____

(14) مصدر المياه التخلص من مياه الصرف الصحي		(15) شركة التخلص من القمامة شركة التخلص من مياه الصرف الصحي (للشحوم)
(16) أيام وساعات العمل		(17) عدد العاملين في مجال الأغذية
(18) اسم الشخص المسؤول المعتمد في إدارة حماية الأغذية: مطلوب اعتبارًا من 2001/1/10 وفقًا لـ CMR 590.003(A 105). يرجى إرفاق نسخة من الشهادة.		
(19) شخص مدرب على إجراءات مكافحة الاختناق (في حال وجود 25 مقعدًا أو أكثر): لا نعم		
(20) الموقع (حدد واحدًا): الهيكل الدائم رقم تسجيل الوحدة المتنقلة: قاعدة التشغيل:	(21) نوع المنشأة (ضع علامة على كل ما ينطبق) البيع بالتجزئة (قدم مربع) خدمة الطعام (مقاعد) خدمة الوجبات السريعة منشأة خدمة الطعام (وجبات / يوم) (مرآقد) متعهد تقديم الطعام توصيل الطعام وحدة متنقلة للطعام خدمة تقديم الطعام المتنقلة مخبز صانع الحلوى المجمدة	(22) مدة التصريح: (ضع علامة اختبار واحدة) سنوي الموسمية/التواريخ السنوية مؤقت/التاريخ/الوقت
(23) العمليات الغذائية: (اختر كل ما ينطبق):		التعريفات: TCS - التحكم في الوقت / درجة الحرارة للأطعمة الآمنة غير TCS - لا يلزم التحكم في الوقت / درجة الحرارة) RTE - الأطعمة الجاهزة للأكل (على سبيل المثال. السندويشات والسلطات والكعك التي لا تحتاج إلى المزيد من المعالجة.
الأطعمة المعبأة مسبقًا تجاريًا والتي لا تخضع للتحكم في درجة الحرارة	أطعمة تخضع للتحكم في الوقت ودرجة الحرارة حسب الطلب	يتم طهي الأطعمة التي تخضع للتحكم في الوقت ودرجة الحرارة والأطعمة الساخنة والباردة والاحتفاظ بها ساخنة لأكثر من مجرد خدمة وجبة واحدة
أطعمة سابقة التعبئة وتخضع للتحكم في الوقت ودرجة الحرارة	إعداد الأطعمة التي تخضع للتحكم في الوقت ودرجة الحرارة للحفاظ الساخن والبارد لخدمة الوجبة الواحدة	أغذية RTE و TCS المعدة لمنشأة السكان المعرضة للإصابة بشدة
إعادة تسخين الأطعمة المصنعة تجاريًا لتقديمها للخدمة في غضون 4 ساعات.	خدمة العملاء الذاتية للأطعمة التي لا تحتوي على TCS والأطعمة غير القابلة للتلف	التعبئة والتغليف المفرغ/الطهي البارد استخدام العملية التي تتطلب تباينًا و/أو خطة تحليل المخاطر ونقطة التحكم الحرجة (HAACP)
تقديم الطعام فقط في غضون ساعة واحدة من التحضير	تقديم الأطعمة التي تخضع للتحكم في الوقت ودرجة الحرارة والأطعمة الجاهزة للأكل بكميات كبيرة	تقدم أغذية خام أو غير مطبوخة جيدًا من أصل حيواني
أخرى (وصف):	البيع بالتجزئة للأغذية التي تم إنقاذها أو التي انتهت صلاحيتها أو المجددة	إعداد الطعام/الوجبات الفردية للمناسبات أو خدمات الطعام المؤسسية
أنا الموقع أدناه، أشهد على دقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب وأؤكد أن عملية المؤسسة الغذائية سوف تمتثل لـ CMR 590.000 105 وجميع القوانين الأخرى المعمول بها. لقد تلقيت تعليمات من مجلس الصحة حول كيفية الحصول على نسخ من CMR 590.000 105 وقانون الغذاء الفيدرالي لعام 2013 وملحق 2015.		
(24) توقيع مقدم الطلب:		
وفقًا لـ MGL Ch. 62C, sec. 49A أشهد بموجب عقوبات الحنث باليمين أنني، على حد علمي واعتقادي، قدمت جميع الإقرارات الضريبية للولاية ودفعت ضرائب الولاية المطلوبة بموجب القانون.		
(25) رقم التعريف الفيدرالي:		
(26) توقيع اسم الفرد أو الشركة:		



يرجى طباعتها بشكل مقروء

معلومات مقدم الطلب

اسم العمل/المنظمة:

العنوان:

رقم الهاتف:

المدينة/الولاية/الرمز البريدي:

هل أنت جهة عمل؟ اختر المربع المناسب	نوع العمل (مطلوب):
1. أنا صاحب عمل لدي _____ موظفين (بدوام كامل و/أو جزئي).*	5. أفراد
2. أنا مالك مؤسسة فردية أو شراكة وليس لدي موظفين يعملون معي بأي صفة.	6. مطعم / بار / مؤسسة تناول الطعام
3. [لا توجد شركات العمال. التأمين مطلوب]	7. المكتب و/أو المبيعات (بما في ذلك العقارات والسيارات وما إلى ذلك)
4. نحن شركة وقد مارس موظفوها حقهم في الإغفاء لكل ج. 152، § 4(1)، وليس لدينا موظفين. [لا توجد شركات العمال. التأمين مطلوب]**	8. غير ربحية
4. نحن منظمة غير ربحية، يعمل بها متطوعون، وليس لدينا موظفين. [لا توجد شركات العمال. طلب التأمين.]	9. ترفيه
	10. التصنيع
	11. رعاية صحية
	12. أخرى

*يجب على أي مقدم طلب يحدد المربع رقم 1 أيضًا ملء القسم أدناه الذي يوضح معلومات سياسة تعويض العمال لديه.

**إذا قام مسؤولو الشركة بإعفاء أنفسهم، ولكن الشركة لديها موظفون آخرون، فيجب وضع سياسة تعويض العمال ويجب على هذه المنظمة تحديد المربع رقم 1. إذا قام مسؤولو الشركة بإعفاء أنفسهم، ولكن الشركة لديها موظفون آخرون، فيجب وضع سياسة تعويض العمال ويجب على هذه المنظمة تحديد المربع رقم 1.

أنا صاحب عمل يوفر تأمين تعويضات العمال للموظفين لدي. فيما يلي معلومات البوليصا.

اسم شركة التأمين:

عنوان المؤمن:

المدينة/الولاية/الرمز البريدي:

تاريخ انتهاء الصلاحية:

رقم البوليصا أو رخصة Self-ins:

إرفاق نسخة من صفحة إعلان وثيقة تعويض العمال (يبين فيها رقم الوثيقة وتاريخ انتهاء الصلاحية).

الفشل في تأمين التغطية كما هو مطلوب بموجب § 25A من MGL ج. يمكن أن يؤدي القانون 152 إلى فرض عقوبات جنائية بغرامة تصل إلى 1,500.00 دولار و/أو السجن لمدة عام واحد، بالإضافة إلى عقوبات مدنية في شكل أمر إيقاف العمل وغرامة تصل إلى 250.00 دولارًا في اليوم ضد المخالف. يرجى العلم أنه قد يتم إرسال نسخة من هذا البيان إلى مكتب التحقيقات التابع لـ DIA للتحقق من التغطية التأمينية.

أشهد بموجب هذا، تحت وطأة آلام وعقوبات الحنث باليمين، أن المعلومات المقدمة أعلاه حقيقية وصحيحة.

التوقيع _____ التاريخ:

رقم الهاتف:

الاستخدام الرسمي فقط. لا تكتب في هذا الحقل، ليتم استكمالها من قبل مسؤول المدينة أو البلدة.

(المدينة أو البلدة): _____ رقم التصريح/الترخيص

1. مجلس الصحة 2. إدارة البناء 3. كاتب المدينة/البلدة 4. مجلس الترخيص

الجهة المصدرة (ضع علامة في واحد):

5. مكتب المختارين 6. أخرى

جهة التواصل: _____ رقم الهاتف:

المعلومات والتعليمات

يتطلب الفصل 152 من قوانين ماساتشوستس العامة من جميع أصحاب العمل تقديم تعويضات العمال لموظفيهم. بموجب هذا النظام الأساسي، يُعرّف الموظف بأنه "... كل شخص يعمل في خدمة شخص آخر بموجب أي عقد توظيف، صريحًا أو ضمنيًا، شفهيًا أو مكتوبًا".

يتم تعريف صاحب العمل على أنه "فرد أو شراكة، أو جمعية، أو مؤسسة، أو أي كيان قانوني آخر، أو أي اثنين أو أكثر ممن سبق ذكرهم يعملون في مشروع مشترك، بما في ذلك الممثلين القانونيين لصاحب العمل المتوفى، أو الحارس القضائي أو الوصي على صاحب العمل فرد أو شراكة أو جمعية أو كيان قانوني آخر يوظف موظفين. ومع ذلك، فإن صاحب المسكن الذي لا يزيد عدد شققه عن ثلاث شقق ويقوم فيه، أو شاغل مسكن شخص آخر يستخدم أشخاصًا للقيام بأعمال الصيانة أو البناء أو الإصلاح في ذلك المسكن أو في الأراضي أو البناء الملحق به فلا يجوز اعتباره صاحب عمل بسبب هذا العمل".

ينص الفصل 152 من MGL، §25C(6) أيضًا على أنه "يجب على كل وكالة ترخيص حكومية أو محلية أن تمنع إصدار أو تجديد ترخيص أو تصريح لتشغيل مشروع تجاري أو تشييد مباني في الكومنولث لأي مقدم طلب لم يقدم أدلة مقبولة مدى استيفاء التغطية التأمينية المطلوبة." بالإضافة إلى ذلك، ينص الفصل 152 من MGL، §25C(7) على أنه "لا يجوز للكومنولث أو أي من أقسامه السياسية الفرعية الدخول في أي عقد لأداء الأشغال العامة حتى يتم تقديم دليل مقبول على الامتثال لمتطلبات التأمين في هذا الفصل إلى مجلس النواب". الجهة المتعاقدة."

مقدمو الطلبات

يرجى ملء إقرار تعويض العمال بالكامل، من خلال تحديد المربعات التي تنطبق على حالتك، وإذا لزم الأمر، قم بتقديم اسم شركة التأمين الخاصة بك وعنوانها ورقم هاتفها بالإضافة إلى شهادة التأمين. لا يُطلب من الشركات ذات المسؤولية المحدودة (LLC) أو الشراكات ذات المسؤولية المحدودة (LLP) التي لا يوجد بها موظفون غير الأعضاء أو الشركاء، أن تحمل تأمين تعويضات العمال. إذا كان لدى شركة ذات مسؤولية محدودة أو شركة ذات مسؤولية محدودة موظفين، فيجب وجود سياسة. يرجى العلم أنه قد يتم تقديم هذه الإفادة إلى إدارة الحوادث الصناعية لتأكيد التغطية التأمينية. تأكد أيضًا من التوقيع على الإقرار وتاريخه. يجب إعادة الإقرار إلى المدينة أو البلدة التي يتم فيها طلب التصريح أو الترخيص، وليس إلى إدارة الحوادث الصناعية. إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص القانون أو إذا كنت مطالبًا بالحصول على سياسة تعويض العمال، فيرجى الاتصال بالإدارة على الرقم المذكور أدناه. يجب على شركات التأمين الذاتي إدخال رقم ترخيص التأمين الذاتي الخاص بها على السطر المناسب.

مسؤولي المدينة أو البلدة

يرجى التأكد من أن الإفادة كاملة ومطبوعة بشكل مقروء. لقد وفرت لك الإدارة مساحة في أسفل الإفادة الخطية لتملأها في حالة قيام مكتب التحقيقات بالاتصال بك بخصوص مقدم الطلب.

يرجى التأكد من ملء رقم التصريح/الترخيص الذي سيتم استخدامه كرقم مرجعي. بالإضافة إلى ذلك، فإن مقدم الطلب الذي يجب عليه تقديم طلبات تصريح/ترخيص متعددة في أي سنة معينة، يحتاج فقط إلى تقديم إفادة خطية واحدة تشير إلى معلومات السياسة الحالية (إذا لزم الأمر). يمكن تقديم نسخة من الإفادة التي تم ختمها رسميًا أو وضع علامة عليها من قبل المدينة أو البلدة إلى مقدم الطلب كدليل على وجود إفادة خطية صالحة في الملف للحصول على تصريح أو تراخيص مستقبلية. ويجب ملء إقرار جديد كل عام. عندما يحصل مالك المنزل أو المواطن على ترخيص أو تصريح لا يتعلق بأي عمل أو مشروع تجاري (أي رخصة كلب أو تصريح لحرق أوراق الشجر وما إلى ذلك)، لا يُطلب من الشخص المذكور إكمال هذه الإفادة الخطية.

يود مكتب التحقيقات أن يشرككم مقدمًا على تعاونكم، وإذا كانت لديكم أية أسئلة، فلا تترددوا في الاتصال بنا.

عنوان الإدارة ورقم الهاتف والفاكس:

كومولث ماساتشوستس

قسم الحوادث الصناعية

Office of Investigations

Lafayette City Center

2 Avenue de Lafayette,

Boston, MA 02111-1750

رقم الهاتف (857) 321-7406 أو 1-877-MASSAFE

فاكس (617) 727-7749

www.mass.gov/dia