

**BỘ PHẬN KIỂM TRA Y TẾ**  
**THỦ TỤC NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ GIẤY PHÉP CHO**  
**CƠ SỞ THỰC PHẨM**

1. Hoàn thành Đơn Đăng Ký gửi Bộ Phận Y Tế
2. Thanh toán Lệ Phí cho Bộ Phận Y Tế
3. Có bốn (4) bộ kế hoạch (tối thiểu 11x17 được vẽ theo tỷ lệ)
4. Gửi một (1) bản sao của tất cả các biểu mẫu về thông số kỹ thuật của thiết bị mới từ nhà sản xuất với sự phê duyệt của NSF/UL. NSF tiêu chuẩn #7 cho máy giữ lạnh
5. Hoàn thành và nộp Bảng Đánh Giá Kế Hoạch Thực Phẩm
6. Nộp một (1) bản sao thực đơn kèm theo hướng dẫn dành cho người tiêu dùng (nếu thích hợp)
7. Nộp các kế hoạch có chữ ký cho Bộ Phận Xây Dựng cùng với đơn đăng ký Giấy Phép Xây Dựng và lệ phí thích hợp
8. Giấy phép xây dựng phải có chữ ký của nhân viên kiểm tra
9. Chuyển sang công việc tiếp theo

**ĐƠN ĐĂNG KÝ GIẤY PHÉP**  
**(CHỈ CHẤP NHẬN ĐƠN ĐĂNG KÝ TRỰC TIẾP)**

1. Nộp đơn/lấy Giấy Chứng Nhận Cư Trú thích hợp và/hoặc Giấy Chứng Nhận Kiểm Tra từ Bộ Phận Xây Dựng
2. Mang bản sao Giấy Chứng Nhận Cư Trú và Giấy Chứng Nhận Kiểm Tra đến Bộ Phận Y Tế
3. Hoàn thành đơn đăng ký gửi Bộ Phận Y Tế
4. Gửi bản sao Chứng Nhận Quản Lý Thực Phẩm toàn thời gian tại cơ sở và Chứng Nhận Nhận Thức về Chất Gây Dị Ứng
5. Nộp Giấy Phép cho Người Cung Cấp Thực Phẩm phổ biến (chỉ Nhà Hàng)
6. Thanh toán Lệ Phí Y Tế và yêu cầu Kiểm Tra Trước Khi Mở Cửa từ Bộ Phận Y Tế



# SỞ DỊCH VỤ KIỂM TRA

## CHỈ DÀNH CHO BỘ PHẬN Y TẾ SỬ DỤNG

Ngày Nhận

Ngày Kiểm

Duyệt Bởi

Số Giấy Phép

Lệ Phí Cấp

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Đơn Đăng Ký Giấy Phép cho Cơ Sở Thực Phẩm

1) Tên Cơ Sở:	
2) Địa Chỉ của Cơ Sở:	
3) Địa Chỉ Gửi Thư của Cơ Sở (nếu khác):	
4) Số Điện Thoại của Cơ Sở:	
5) Tên và Chức Vụ của Người Nộp Đơn:	
6) Địa Chỉ của Người Nộp Đơn:	
7) Số Điện Thoại của Người Nộp Đơn:	Địa Chỉ Email:
8) Tên và Chức Vụ của Chủ Sở Hữu (nếu khác với người nộp đơn):	
9) Địa Chỉ của Chủ Sở Hữu (nếu khác với người nộp đơn):	
10) Chủ Sở Hữu Cơ Sở là: <input type="checkbox"/> Một Hiệp Hội <input type="checkbox"/> Một Công Ty <input type="checkbox"/> Một Cá Nhân <input type="checkbox"/> Một Công Ty Hợp Danh	11) Nếu là một công ty hoặc công ty hợp danh, hãy cho biết tên, chức vụ và địa chỉ nhà của viên chức hoặc đối tác: Tên: _____ Chức Vụ: _____ Địa Chỉ: _____ _____ _____ _____ _____
12) Người Chịu Trách Nhiệm Trực Tiếp cho Các Hoạt Động Hàng Ngày (Chủ Sở Hữu, Người Phụ Trách, Người Giám Sát, Người Quản Lý)	
Tên và Chức Vụ:	
Địa Chỉ:	
Số Điện Thoại:	Fax:
<b>Số Điện Thoại Khẩn Cấp:</b>	
13) Người Giám Sát của Quận hoặc Khu Vực (nếu có)	
Tên và Chức Vụ:	
Địa Chỉ:	
Số Điện Thoại:	Fax:

<b>14) Nguồn Nước</b> _____ <i>Xử Lý Nước Thải</i>	<b>15) Công Ty Xử Lý Rác Thải</b> _____ <b>Công Ty Kết Xuất (Đối với Dầu Mỡ)</b>	
<b>16) Ngày và Giờ Hoạt Động:</b>	<b>17) Số Nhân Viên Thực Phẩm</b>	
<b>18) Tên Người Phụ Trách Được Chứng Nhận Quản Lý Bảo Vệ Thực Phẩm:</b> <i>Bắt buộc kể từ ngày 1/10/2001 theo 105 CMR 590.003(A). Vui lòng đính kèm bản sao giấy chứng nhận.</i>		
<b>19) Người Được Đào Tạo về Thủ Tục Chống Hóc Nghẹn (nếu có từ 25 chỗ ngồi trở lên):</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
<b>20) Địa Điểm</b> <i>(đánh dấu vào một lựa chọn)</i> <input type="checkbox"/> <b>Cấu Trúc Cố Định</b> <input type="checkbox"/> <b>Di Động</b> <input type="checkbox"/> Số Đăng Ký: Cơ Sở Hoạt Động: _____	<b>21) Loại Cơ Sở (đánh dấu tất cả các lựa chọn áp dụng)</b> <input type="checkbox"/> Bán Lẻ (foot vuông) <input type="checkbox"/> Cơ Sở Cung Cấp Thực Phẩm <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Thực Phẩm (Chỗ Ngồi) <input type="checkbox"/> Giao Đồ Ăn <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Thực Phẩm-Đồ Ăn Mang Đi <input type="checkbox"/> Xe Bán Đồ Ăn Di Động <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Thực Phẩm-Cơ Sở <input type="checkbox"/> Xe Bán Đồ Ăn Di Động Đến Mua ( Bữa Ăn/Ngày) ( Giường) <input type="checkbox"/> Cửa Hàng Bán <input type="checkbox"/> Nhà Sản Xuất Đồ Tráng Miệng Đông Lạnh  <b>Khác (Mô tả):</b> _____ _____	
<b>22) Thời Hạn của Giấy Phép:</b> <i>(đánh dấu vào một lựa chọn)</i> <input type="checkbox"/> Hàng Năm <input type="checkbox"/> Theo Mùa/Ngày _____ <input type="checkbox"/> Tam Thời/Ngày/Giờ _____	<b>23) Hoạt Động Thực Phẩm</b> <b>(đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)</b>  <b>Định Nghĩa: TCS–kiểm soát thời gian/nhiệt độ để đảm bảo an toàn cho thực phẩm</b> <i>Không phải TCS–không cần kiểm soát thời gian/nhiệt độ Thực phẩm ăn liền RTE (Ví dụ: Bánh sandwich, salad, bánh nướng xốp không cần xử lý thêm)</i>	
<input type="checkbox"/> Thực Phẩm Đóng Gói Sẵn Thương Mại	<input type="checkbox"/> TCS Nấu Theo Yêu Cầu	<input type="checkbox"/> TCS Nóng Đã Nấu Chín và Giữ Lạnh hoặc Giữ Nóng để Phục Vụ Nhiều Hơn Một Bữa Ăn
<input type="checkbox"/> Thực Phẩm Không Phải TCS	<input type="checkbox"/> Chuẩn Bị TCS Để Giữ Nóng và Giữ Lạnh Cho Phục Vụ Một Bữa Ăn	
<input type="checkbox"/> TCS Đóng Gói Sẵn Thương Mại	<input type="checkbox"/> Bán Thực Phẩm Động Vật Sống Để Khách Hàng Tự Chế Biến	<input type="checkbox"/> Chuẩn Bị Thực Phẩm TCS và RTE Dành Cho Nhóm Dân Số Dễ Bị Tồn Thương Cơ Sở
<input type="checkbox"/> Chuẩn Bị Thực Phẩm Không Phải TCS Hâm nóng Thực Phẩm Được Chế Biến Thương Mại để phục vụ trong vòng 4 giờ	<input type="checkbox"/> Khách Hàng Tự Phục Vụ	
<input type="checkbox"/> Khách Hàng Tự Phục Vụ Thực Phẩm Không Phải TCS và Thực Phẩm Không Dễ Hỏng	<input type="checkbox"/> Sản Xuất và Đóng Gói Đá để Bán Lẻ	<input type="checkbox"/> Hút Chân Không/Nấu Lạnh
<input type="checkbox"/> Khách Hàng Tự Phục Vụ Thực Phẩm Không Phải TCS và Thực Phẩm Không Dễ Hỏng	<input type="checkbox"/> Sản Xuất và Đóng Gói Nước Trái Cây để Bán Lẻ	<input type="checkbox"/> Sử Dụng Duy Trình Yêu Cầu Sự Thay Đổi/Miễn Trừ về Luật Lệ và/hoặc Kế Hoạch HAACP
<input type="checkbox"/> Chỉ Giao Thực Phẩm Trong Vòng 1 Giờ Chuẩn Bị	<input type="checkbox"/> Cung Cấp RTE TCS Số Lượng Lớn	<input type="checkbox"/> Cung Cấp Thực Phẩm Sống hoặc Chưa Nấu Chín Có Nguồn Gốc Động Vật
<b>Khác (Mô Tả):</b> _____ _____	<input type="checkbox"/> Bán Lẻ Thực Phẩm Tận Dụng Lại, Hết Hạn Sử Dụng hoặc Thực Phẩm Tân Trang Lại	<input type="checkbox"/> Chuẩn Bị Thực Phẩm/Bữa Ăn Riêng Cho Các Sự Kiện Có Cung Cấp Thực Phẩm hoặc Dịch Vụ Thực Phẩm Tại Cơ Sở
<b>Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này và tôi khẳng định rằng hoạt động của cơ sở thực phẩm sẽ tuân thủ 105 CMR 590.000 và tất cả các luật hiện hành khác. Tôi đã được Hội Đồng Y Tế hướng dẫn cách lấy bản sao 105 CMR 590.000 và Bộ Luật Thực Phẩm Liên Bang 2013 VÀ phần bổ sung 2015.</b>		
<b>24) Chữ Ký của Người Nộp Đơn:</b>		

Theo MGL Chương 62C, phần 49A, tôi xác nhận rằng tôi đã hiểu rõ các hình phạt về tội khai man và theo sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của mình, tôi đã nộp tất cả các tờ khai thuế tiểu bang và nộp thuế tiểu bang theo yêu cầu của pháp luật.

25) ID Liên Bang:

26) Chữ Ký của Cá Nhân hoặc Tên Doanh Nghiệp:

1010 Massachusetts Ave., 4TH Floor, Boston, MA 02118 •ĐT: (617) 635-5326 • Fax: (617) 635-5388 Email: ISDHealth@boston.gov Trang web: www.boston.gov

**Khởi Thịnh Vương Chung Massachusetts**

**Sở Tài Nạn Công Nghiệp**

**Văn Phòng Điều Tra**

**Trung Tâm Thành Phố Lafayette**

**2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750**

**www.mass.gov/dia**



**Lời Khai Chứng Thực về Bảo Hiểm Bồi Thường cho Người Lao Động: Doanh Nghiệp Chung Thông Tin về Người Nộp Đơn Vui Lòng Viết Hoa Để Đọc**

Doanh Nghiệp/Tổ Chức Tên: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ:

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip:

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

**Quý vị có phải là chủ lao động không? Đánh dấu vào ô thích hợp: Loại Doanh Nghiệp (bắt buộc):**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Tôi là chủ lao động với _____ nhân viên (toàn thời gian và/hoặc bán thời gian).*   | 5. Bán Lê  |
| 2. Tôi là chủ sở hữu duy nhất hoặc công ty hợp danh và không có nhân viên nào làm việc cho tôi với bất kỳ tư cách gì. [Không yêu cầu bảo hiểm bồi thường cho người lao động]                              | 6. Nhà Hàng/Quán Bar/Cơ Sở Ăn Uống                                 |
| 3. Chúng tôi là một công ty và các viên chức của công ty đã thực hiện quyền miễn trừ của họ theo c. 152, §1(4), và chúng tôi không có nhân viên. [Không yêu cầu bảo hiểm bồi thường cho người lao động]** | 7. Văn Phòng và/hoặc Bán Hàng (bao gồm bất động sản, xe hơi, v.v.) |
| 4. Chúng tôi là một tổ chức phi lợi nhuận, có nhân viên là tình nguyện viên, không có nhân viên. [Không yêu cầu bảo hiểm bồi thường cho người lao động]   | 8. Phi Lợi Nhuận   |
|   | 9. Giải Trí  |
|   | 10. Sản Xuất   |
|   | 11. Chăm Sóc Sức Khỏe  |
|   | 12. Khác _____   |

\*Bất kỳ người nộp đơn nào đánh dấu vào ô số 1 cũng phải điền vào phần bên dưới cho biết thông tin về hợp đồng bảo hiểm bồi thường cho người lao động của họ. \*\*Nếu các viên chức của công ty đã tự miễn trừ, nhưng công ty có các nhân viên khác, thì bắt buộc phải có hợp đồng bảo hiểm bồi thường cho người lao động và công ty đó cần đánh dấu vào ô số 1.

***Tôi là chủ lao động có cung cấp bảo hiểm bồi thường cho người lao động cho nhân viên của mình. Dưới đây là thông tin về hợp đồng bảo hiểm.***

Tên Công Ty Bảo Hiểm:

Địa Chỉ của Công Ty Bảo Hiểm: \_\_\_\_\_

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip: \_\_\_\_\_

**Số Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Số Giấy Phép Tự Bảo Hiểm Ngày Hết Hạn: Đính kèm một bản sao của trang tuyên bố hợp đồng bảo hiểm bồi thường cho người lao động (cho thấy số hợp đồng và ngày hết hạn).**

Việc không đảm bảo phạm vi bảo hiểm theo yêu cầu của § 25A thuộc MGL c. 152 có thể dẫn đến việc phải chịu hình phạt hình sự với mức phạt lên tới \$1,500 và/hoặc phạt tù một năm, cũng như hình phạt dân sự dưới hình thức LỆNH NGỪNG LÀM VIỆC và phạt tiền tới \$250 một ngày đối với người vi phạm. Xin lưu ý rằng một bản sao của tuyên bố này có thể được chuyển đến Văn Phòng Điều Tra của DIA để xác minh phạm vi bảo hiểm.

***Sau khi hiểu rõ các mức phạt và hình phạt nếu khai man, tôi xin xác nhận rằng thông tin được cung cấp ở trên là đúng sự thật và chính xác.***

Ngày Ký Tên:

Số Điện Thoại:

*Chỉ dành cho nhân viên. Không viết vào phần này, dành cho nhân viên thành phố hoặc thị trấn.*

**Thành Phố hoặc Thị Trấn:**

**Giấy Phép Số** \_\_\_\_\_

**Cơ Quan Cấp (đánh dấu vào một lựa chọn):**

**1. Hội Đồng Y Tế 2. Sở Xây Dựng 3. Thư Ký Thành Phố/Thị Trấn 4. Hội Đồng Cấp Phép 5. Văn Phòng của Nhân Viên Hội Đồng Chính Quyền Địa Phương 6. Khác** \_\_\_\_\_

**Người Liên Lạc:**

**Số Điện Thoại:** \_\_\_\_\_

[www.mass.gov/dia](http://www.mass.gov/dia)

# Thông Tin và Hướng Dẫn

Chương 152 của Luật Chung của Massachusetts yêu cầu tất cả chủ lao động phải cung cấp cho nhân viên của họ bảo hiểm bồi thường cho người lao động. Theo quy định này, **nhân viên** được định nghĩa là “...người phục vụ người khác theo bất kỳ hợp đồng thuê mướn nào, rõ ràng hay ngụ ý, bằng lời nói hay bằng văn bản.”

**Chủ lao động** được định nghĩa là “một cá nhân, công ty hợp danh, hiệp hội, công ty hoặc pháp nhân khác, hay bất kỳ hai đơn vị nói trên trở lên tham gia vào một doanh nghiệp chung, và bao gồm cả những người đại diện hợp pháp của chủ lao động đã qua đời, hoặc người nhận hay người được ủy thác của một chủ lao động cá nhân, công ty hợp danh, hiệp hội hoặc pháp nhân khác, mà thực hiện việc tuyển dụng nhân viên. Tuy nhiên, chủ sở hữu của một khu nhà có không quá ba căn hộ và những người cư trú trong đó, hoặc người cư ngụ trong ngôi nhà của người khác sẽ không được coi là chủ lao động khi họ thuê người thực hiện công việc bảo trì, xây dựng hoặc sửa chữa ngôi nhà đó hoặc trên khu đất hoặc tòa nhà phụ”.

MGL chương 152, §25C(6) cũng quy định rằng “**mọi cơ quan cấp phép của tiểu bang hoặc địa phương sẽ từ chối cấp hoặc gia hạn giấy phép hoạt động kinh doanh hoặc xây dựng các tòa nhà trong khối thịnh vượng chung cho bất kỳ người nộp đơn nào không đưa ra bằng chứng có thể chấp nhận được về việc tuân thủ phạm vi bảo hiểm được yêu cầu.**” Ngoài ra, MGL chương 152, §25C(7) nêu rõ “Cả khối thịnh vượng chung cũng như bất kỳ phân khu chính trị nào của khối này sẽ không ký kết bất kỳ hợp đồng nào để thực hiện công việc công cộng cho đến khi các bằng chứng có thể chấp nhận được về việc tuân thủ các yêu cầu bảo hiểm của chương này được trình cho cơ quan ký hợp đồng.”

## Người Nộp Đơn

Vui lòng điền đầy đủ bản khai có tuyên thệ về bảo hiểm bồi thường cho người lao động, bằng cách đánh dấu vào các ô áp dụng cho trường hợp của quý vị và, nếu cần, hãy cung cấp tên, địa chỉ và số điện thoại của công ty bảo hiểm của quý vị cùng với giấy chứng nhận bảo hiểm. Các Công Ty Trách Nhiệm Hữu Hạn (LLC) hoặc Công Ty Hợp Danh Trách Nhiệm Hữu Hạn (LLP) không có nhân viên nào khác ngoài các thành viên hoặc đối tác, không bắt buộc phải mua bảo hiểm bồi thường cho người lao động. Phải có hợp đồng bảo hiểm nếu LLC hoặc LLP có nhân viên. Xin lưu ý rằng bản khai có tuyên thệ này có thể được nộp cho Sở Tai Nạn Công Nghiệp để xác nhận phạm vi bảo hiểm. **Hãy nhớ ký tên và ghi ngày vào bản khai có tuyên thệ.** Phải gửi lại bản khai có tuyên thệ cho thành phố hoặc thị trấn nơi yêu cầu đơn đăng ký giấy phép, **chứ không phải** Sở Tai Nạn Công Nghiệp. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến luật pháp hoặc nếu quý vị được yêu cầu phải có hợp đồng bảo hiểm bồi thường cho người lao động, vui lòng gọi cho Sở theo số điện thoại được ghi bên dưới. Các công ty tự bảo hiểm nên nhập số giấy phép tự bảo hiểm của họ vào dòng thích hợp.

## Viên Chức Thành Phố hoặc Thị Trấn

Xin hãy đảm bảo rằng bản khai có tuyên thệ được điền đầy đủ và viết hoa dễ đọc. Sở có để khoảng trống ở cuối bản khai có tuyên thệ để quý vị điền vào trong trường hợp Văn Phòng Điều Tra cần liên lạc với quý vị về người nộp đơn. Vui lòng điền số giấy phép để làm số tham chiếu. Ngoài ra, nếu người nộp đơn phải nộp nhiều đơn đăng ký giấy phép trong bất kỳ năm nhất định nào, thì chỉ cần nộp một bản khai có tuyên thệ cho biết thông tin về hợp đồng bảo hiểm hiện hành (nếu cần). Bản sao của bản khai có tuyên thệ đã được đóng dấu hoặc đánh dấu chính thức bởi thành phố hoặc thị trấn có thể được cung cấp cho người nộp đơn làm bằng chứng cho thấy đã có bản khai có tuyên thệ hợp lệ trong hồ sơ đăng ký giấy phép trong tương lai. Phải điền bản khai có tuyên thệ mới mỗi năm. Trong trường hợp chủ sở hữu nhà hoặc công dân đang xin giấy phép không liên quan đến bất kỳ hoạt động kinh doanh hoặc thương mại nào (ví dụ: giấy phép nuôi chó hoặc giấy phép đốt lá, v.v.) thì người đó KHÔNG bắt buộc phải hoàn thành bản khai có tuyên thệ này.

Văn Phòng Điều Tra xin cảm ơn trước về sự hợp tác của quý vị và nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho chúng tôi.

Địa chỉ, số điện thoại và số fax của Sở:

The Commonwealth of Massachusetts  
Department of Industrial Accidents  
**Office of Investigations**  
Lafayette City Center  
2 Avenue de Lafayette,  
Boston, MA 02111-1750  
ĐT (857) 321-7406 or 1-877-MASSAFE  
Fax (617) 727-7749