



Inspectional Services

Michelle Wu, Mayor

BATH ESTABLISHMENT

To obtain a license from the Boston Inspectional Services Department, Division of Health Inspections, you must provide the following:

1. Proof of authority to do business in Massachusetts, (**Boston Business Certificate and/or Article of Incorporation or Partnership**).
2. Two passport size photographs (2" x 2") of applicant.
3. Written proof of age (**birth certificate, driver's license, and passport**).
4. Zoning clearance (**Certificate of Occupancy**) Boston Inspectional Services, Zoning Division.
5. New establishments must provide 4 copies plan and request an appointment for review by contacting the office directly and speaking with a supervisor at 617-635-5326.
6. Complete a Health Division application. The CORI application **must** be completed. Applications are accepted Monday through Friday, 8:00 am- 3:30 pm. **All required documents must be submitted with completed application.**
7. Bath establishment license fee is \$200.00 annually.



Servicios de Inspección

Michelle Wu, Mayor, *alcalde*

ESTABLECIMIENTO DE BAÑO

Para obtener una licencia de la División de Inspección de Salud del Departamento de Servicios de Inspección de Boston, deberá presentar lo siguiente:

- 1. Comprobante de autorización para hacer negocios en Massachusetts (certificado de comercio de Boston y/o acta constitutiva o contrato de asociación).*
- 2. Dos fotografías tamaño para pasaporte (2" x 2") del solicitante.*
- 3. Comprobante escrito de edad (certificado de nacimiento, licencia de conducir y pasaporte).*
- 4. Aprobación de zonificación (certificado de ocupación) de la División de Zonificación de los Servicios de Inspección de Boston.*
- 5. Para las nuevas instalaciones, se deben presentar 4 copias del plan y solicitar una cita de revisión directamente a la oficina llamando al 617-635-5326 para hablar con un supervisor.*
- 6. Completar una solicitud de la División de Inspección de Salud. Se **debe** completar la solicitud de verificación de antecedentes penales (CORI). Se aceptan solicitudes de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 3:30 p. m. **Todos los documentos solicitados deben presentarse junto con la solicitud completada.***
- 7. El costo de la licencia para establecimientos de baño es de \$200.00 al año.*



Servicios de Inspección

Michelle Wu, Mayor

Applicant's Full Name: _____ Date: _____
Nombre completo del solicitante: Fecha

Home Address: _____
Dirección residencial No. / N.º Street/Calle Town/City/ Pueblo/ciudad State/ Estado Zip/ Código postal

Home Phone No: _____ Business Phone No: _____
N.º de teléfono residencial: N.º de teléfono laboral:

Email: _____
Correo electrónico:

Business Name: _____
Nombre del negocio:

Business Address: _____
Dirección laboral: No. / N.º Street/Calle Town/City/ Pueblo/ciudad State/ Estado Zip/ Código postal

If a corporation or partnership, please give name, title and home address of officers, partnerships, Stock holders with 10% or more of the stock.

Si se trata de una corporación o asociación, incluir nombre, puesto y dirección residencial de los directivos, socios, accionistas con más del 10 % de las acciones.

Name of Corporation or Partnership: _____
Nombre de corporación o asociación

Name/Title: _____
Nombre/Puesto:

Home Address: _____ Phone No.: _____
Dirección residencial: N.º de teléfono:

Name/Title: _____
Nombre/Puesto:

Home Address: _____ Phone No.: _____
Dirección residencial: N.º de teléfono:

State of Incorporation: _____
Régimen constitutivo

Tax Number: _____
Nº. de identificación fiscal:

Articles of incorporation or partnership submitted: Yes: _____ No: _____
Acta constitutiva o contrato de asociación presentado: Sí: _____ No: _____

Boston Business Certificate submitted: Yes: _____ No: _____
Certificado de comercio de Boston presentado: Sí: _____ No: _____

Zoning/Building Department approval: Yes: _____ No: _____
Aprobación del Departamento de Zonificación o Construcción: Sí: _____ No: _____

All residential addresses of applicant for the past five (5) years:
Todas las direcciones residenciales del solicitante en los últimos cinco (5) años:

D.O.B: _____ Age: _____ Sex: _____ Height: _____ Weight: _____ Hair Color: _____ Eye Color: _____
Fecha de nac.: Edad: Sexo: Altura: Peso: Color de pelo: Color de ojos:

Two (2) photographs 2" x 2" of applicant must be submitted: Yes: _____ No: _____
Se deben presentar dos (2) fotografías de 2" x 2" del solicitante: Sí: _____ No: _____

Former occupations of applicant for past three (3) years:
Ocupaciones anteriores del solicitante en los últimos tres (3) años

Occupation	Name of business & address	Bath Experience
<i>Ocupación</i>	<i>Nombre del negocio y dirección</i>	<i>Experiencia en baños</i>

List all criminal convictions, forfeiture of bond, or plea of nolo contendere, excluding traffic, misdemeanor or infraction violations:
Mencionar todas las condenas penales, caducidad de fianzas o admisión tácita de culpa penal, exceptuando las infracciones de tráfico, delitos menores o contravenciones:

Have you had any license or permit suspended or revoked by any agency or board, city, county or state?
¿Alguna agencia o consejo, municipio, condado o estado le suspendió o revocó una licencia o permiso?

Yes: _____ No: _____
Sí: _____ No: _____

If yes, explain:

En caso afirmativo, explicar:

I authorize and release the Department to seek information or references necessary to verify the information contained in this application:

Autorizo al Departamento a buscar la información o referencias necesarias para verificar la información incluida en esta solicitud:

Signature of Applicant

Firma del solicitante

Social Security Number

Número de Seguro Social

I certify under penalty of perjury that all information contained in the application is true and correct. Any misstatements in this application are grounds for refusing to issue or for revocation of any license issued.

Certifico bajo pena de perjurio que toda la información incluida en la solicitud es verdadera y correcta. Cualquier error en la solicitud es causal de negación para emitir una licencia o de revocación de una licencia ya emitida.

Signature of Applicant

Firma del solicitante

Social Security Number

Número de Seguro Social



Servicios de Inspección

Michelle Wu, *alcalde*

CORI REQUEST FORM

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES

Boston Inspectional Services has been certified by the Criminal History Systems Board for access to conviction and pending criminal case data. As an applicant/employee for _____, I understand that a criminal record check will be conducted for conviction and pending criminal case information only and that it will not necessarily disqualify me. The information below is correct to the best of my knowledge.

El Departamento de Servicios de Inspección de Boston ha sido certificado por el Consejo de Sistemas de Antecedentes Penales para acceder a causas penales pendientes y con condena. Como solicitante o empleado de _____, entiendo que se realizará una verificación de antecedentes penales únicamente para obtener información de causas penales pendientes y con condena y que esto no necesariamente me descalificará. La siguiente información es correcta a mi leal saber y entender.

Applicant/Employee Signature
Firma del solicitante o empleado

LAST NAME
APELLIDO

FIRST NAME
PRIMER NOMBRE

MIDDLE NAME
SEGUNDO NOMBRE

MAIDEN NAME OR ALIAS (IF APPLICABLE)
APELLIDO DE SOLTERA O APODO (SI CORRESPONDE)

PLACE OF BIRTH
LUGAR DE NACIMIENTO

DATE OF BIRTH: _____
FECHA DE NACIMIENTO:

LAST 6 DIGITS OF SOCIAL SECURITY#: _____ - _____
ÚLTIMOS 6 DÍGITOS DEL N.º DE SEGURO SOCIAL:

FATHER'S NAME: _____
NOMBRE DEL PADRE (FIRST) (LAST)
(PRIMER NOMBRE) (APELLIDO)

MOTHER'S MAIDEN NAME: _____
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (FIRST) (LAST)
(PRIMER NOMBRE) (APELLIDO)

CURRENT AND FORMER ADDRESSES:

DIRECCIÓN ACTUAL Y ANTERIORES:

SEX: _____ RACE: _____
SEXO: _____ RAZA: _____

STATE DRIVER'S LICENSE NUMBER: _____
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR ESTATAL:

*THE INFORMATION WAS VERIFIED WITH THE FOLLOWING FORM OF GOVERNMENT ISSUED PHOTOGRAPHIC IDENTIFICATION: _____

** LA INFORMACIÓN FUE VERIFICADA CON EL SIGUIENTE TIPO DE IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA EMITIDA POR EL GOBIERNO:*

REQUESTED BY: _____
SOLICITADO POR **SIGNATURE OF CORI AUTHORIZED EMP**
FIRMA DEL EMPLEADO AUTORIZADO DE CORI