



**ОТДЕЛ САНИТАРНОЙ ИНСПЕКЦИИ  
ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА РАЗРЕШЕНИЕ ДЛЯ ПРЕДПРИЯТИЯ  
ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ**

1. Заполните заявление в Отдел здравоохранения
2. Оплатите сборы Отдела здравоохранения
3. Имейте четыре (4) комплекта планов (минимум 11x17, начерченных в масштабе)
4. Предоставьте одну (1) копию всех форм спецификации нового оборудования от производителя с одобрением Национального научного фонда США/сертификационной лаборатории (NSF/UL).
5. Заполните и отправьте Рабочий лист обзора плана предприятия питания
6. Предоставьте одну (1) копию меню с рекомендациями для потребителей (если необходимо)
7. Подайте подписанные планы в Строительный отдел вместе с заявлением на получение разрешения на строительство и соответствующими сборами
8. Разрешение на производство строительных работ должно быть подписано инспекторами
9. Перейдите к следующей сессии

**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ  
(ЗАЯВЛЕНИЯ ПРИНИМАЮТСЯ ТОЛЬКО ЛИЧНО)**

1. Подайте заявку/получите соответствующий Акт приемки в эксплуатацию и/или Сертификат инспекции в Строительном отделе
2. Принесите копию Акта приемки в эксплуатацию и Сертификата инспекции в Отдел здравоохранения
3. Заполните заявление в Отдел здравоохранения
4. Предоставьте копию сертификата менеджера по питанию, работающего полный рабочий день на объекте, и сертификата осведомленности об аллергиях
5. Предоставьте общую лицензию поставщика продовольствия (Victuallers License) (только для ресторанов)
6. Оплатить медицинские сборы и запросите «предварительный осмотр перед открытием» в Отделе здравоохранения



## ДЕПАРТАМЕНТ ИНСПЕКЦИОННЫХ СЛУЖБ

### ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВЕТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дата получения      Дата инспекции      Утвердил      Выдано разрешение №      Плата

\_\_\_\_\_

### Заявление на получение разрешения для предприятия общественного питания

1) Название предприятия:	
2) Адрес предприятия:	
3) Почтовый адрес предприятия (если отличается):	
4) Номер телефона предприятия:	
5) Имя, фамилия и должность заявителя:	
6) Адрес заявителя:	
7) Номер телефона заявителя:	Адрес эл. почты заявителя:
8) Имя, фамилия и должность владельца (если он отличается от заявителя):	
9) Адрес владельца (если он отличается от заявителя):	
10) Предприятие принадлежит:  Ассоциация  Корпорация  Физическое лицо  Партнерство	11) Если это корпорация или партнерство, укажите имя, фамилию, должность и домашний адрес должностных лиц или партнеров:  <u>Имя и фамилия:</u> <u>Должность:</u> <u>Адрес:</u>  _____  _____  _____  _____
12) Лицо, непосредственно отвечающее за ежедневную работу (владелец, ответственное лицо, руководитель, менеджер и т.д.)	
Имя, фамилия и должность:	
Адрес:	
Телефон:	Факс
Номер телефона для звонков в экстренных ситуациях:	
13) Районный или региональный супервайзер (если применимо)	
Имя, фамилия и должность:	
Адрес:	
Телефон:	Факс:

14) Источник воды _____		15) Компания по вывозу мусора _____	
Удаление сточных вод _____		Компания рендеринга (для жира) _____	
16) Дни и часы работы _____		17) Количество работников готовящих пищу _____	
18) Имя и фамилия ответственного лица, сертифицированного в области безопасности пищевых продуктов: <i>Требуется с 1 октября 2001 года в соответствии с Кодексом нормативно-правовых актов штата Массачусетс 105 CMR 590.003(A). Пожалуйста, приложите копию сертификата.</i>			
19) Лицо, обученное процедурам борьбы с удушьем (если 25 мест или больше):		Да _____ Нет _____	
20) Местоположение (отметьте один пункт): Постоянное сооружение _____ Мобильный регистрационный № _____ База обслуживания: _____		21) Тип предприятия (отметить все подходящие варианты) Розничная торговля ( _____ кв. фт) Кейтеринг _____ Обслуживание питанием ( _____ мест) Доставка пищи _____ Обслуживание питанием - еда на вынос Мобильное обслуживание питанием _____ Обслуживание питанием в заведении _____ ( _____ блюдец/сутки) _____ ( _____ мест) Выпечка _____ Изготовитель замороженного десерта _____	
22) Срок действия разрешения: (отметьте один вариант). Годовой _____ Сезонный/даты _____ Временно/даты/время _____		<u>Другие (описать):</u> _____ _____	
23) Пищевые производства: (отметьте все надлежащие пункты)		<b>Определения: TCS – контроль времени и температуры хранения для обеспечения безопасности продуктов питания</b> <i>Не TCS продукты – контроль времени и температуры хранения не требуется)</i> <b>RTE - готовые к употреблению продукты питания (например, сэндвичи, салаты, кексы, которые не требуют дополнительной обработки)</b>	
Коммерчески упакованные не TCS продукты	TCS продукты готовятся на заказ	Горячие TCS продукты, приготовленные и охлажденные, или горячего хранения, предназначенные для более чем одноразового питания	
Коммерчески упакованные TCS продукты	Подготовка TCS продуктов для горячего и холодного хранения для одноразового питания		
Подготовка не TCS продуктов	Продажа сырых продуктов животного происхождения, предназначенных для приготовления потребителем	TCS и RTE продукты, приготовленные для объекта с высокочувствительным населением	
Разогревает коммерчески обработанные продукты для подачи в течение 4 часов	Самообслуживание клиентов		
Самообслуживание клиентов только для не TCS продуктов и скоропортящихся продуктов	Лед, произведенный и упакованный для розничной продажи	Вакуумная упаковка/приготовление полуфабрикатов	
Доставка продуктов питания в течение 1 часа после приготовления	Сок, произведенный и упакованный для розничной продажи	Использование процесса, требующего отклонений и/или плана НААСР	
Другое (описать): _____ _____	Предлагает RTE TCS продукты в больших количествах	Предлагает сырую или недоваренную пищу животного происхождения	
	Розничная продажа поврежденных, просроченных или восстановленных продуктов питания	Приготовление пищи/одноразовых блюд для мероприятий с обслуживанием на месте проведения мероприятия или в учреждениях общественного питания	
<p>Я, нижеподписавшийся, подтверждаю точность информации, представленной в данном заявлении, и заявляю, что деятельность предприятия питания будет соответствовать Кодексу нормативно-правовых актов штата Массачусетс 105 CMR 590.000 и всем другим применимым законам. Совет здравоохранения проинструктировал меня о том, как получить копии Кодекса нормативно-правовых актов штата Массачусетс 105 CMR 590.000 и Федерального пищевого кодекса 2013 года и дополнения 2015 года.</p>			
24) Подпись заявителя: _____			
<p>В соответствии с Общим законодательством штата Массачусетс - MGL, глава 62С, раздел 49А, подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, я подал все налоговые декларации штата и уплатил налоги штата, требуемые по закону.</p>			
25) Федеральный идентификационный номер: _____			
26) Подпись физического или юридического лица: _____			



**The Commonwealth of Massachusetts**  
**Department of Industrial Accidents**  
**Office of Investigations**  
**Lafayette City Center**  
**2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750**  
**www.mass.gov/dia**

наличия страхования для компенсации работникам за производственную травму: предприятия общего профиля

**Информация о заявителе**

**Пишите разборчиво печатными буквами**

Название бизнеса/организации: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город/штат/почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**Являетесь ли вы работодателем? Отметьте соответствующее поле:**

1. Я являюсь работодателем, имеющим \_\_\_\_\_ работников (полный и/или неполный рабочий день).\*
2. Я являюсь индивидуальным предпринимателем или партнерством, и у меня нет работников, работающих на меня в каком-либо качестве.  
[Не требуется страхование выплат работникам при несчастных случаях]
3. Мы являемся корпорацией, и ее должностные лица воспользовались своим правом на освобождение от этого требования в соответствии с пунктом 152, §1(4), и у нас нет работников.
4. [Не требуется страхование компенсаций работникам при производственных травмах]
5. Мы являемся некоммерческой организацией, в которой работают волонтеры и нет сотрудников. [Не требуется страхование компенсаций работникам при производственных травмах]

**Тип бизнеса (требуется):**

6. Розничная торговля
7. Ресторан/бар/предприятие общественного питания
8. Офис и/или продажи (в т.ч. недвижимость, автомобили и т.д.)
9. Некоммерческая организация
10. Сфера развлечений
11. Производство
12. Медицинские услуги
13. Прочее \_\_\_\_\_

\*Любой заявитель, отметивший поле № 1, должен также заполнить раздел ниже, указав информацию о своем страховании компенсации работникам за производственную травму.

\*\*Если должностные лица корпорации освободили себя от ответственности, но у корпорации есть другие работники, то страхование компенсации работникам за производственную травму обязательно и такой организации следует отметить поле № 1.

**Я работодатель, который обеспечивает страхование компенсации работникам за производственную травму. Ниже приведена информация о страховом полисе.**

Название страховой компании: \_\_\_\_\_

Адрес страховой компании: \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер страхового полиса или номер лицензии самострахования \_\_\_\_\_

Дата истечения срока действия: \_\_\_\_\_

**Приложите копию страницы декларации страхового полиса страхования компенсации работникам за производственную травму (с указанием номера страхового полиса и даты истечения срока действия).**

Отсутствие страхового покрытия, как того требует § 25A MGL, пункт 152 Общего законодательства штата Массачусетс, может повлечь за собой уголовное наказание в виде штрафа до 1500,00 долларов и/или тюремного заключения сроком на один год, а также гражданское наказание в виде приказа о прекращении работ и штрафа до 250,00 долларов в день в отношении нарушителя. Имейте в виду, что копия этого заявления может быть передана в Отдел расследований Департамента несчастных случаев на производстве (DIA) для проверки наличия страхового покрытия.

**Настоящим под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что предоставленная выше информация верна и соответствует действительности.**

Подпись \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

*Только для служебного пользования. Не пишите в этом поле - оно заполняется должностным лицом города или населенного пункта.*

Город или населенный пункт: \_\_\_\_\_ Разрешение/лицензия № \_\_\_\_\_

Выдавший орган власти (отметить один пункт):

1. Совет здравоохранения
2. Строительный отдел
3. Секретарь мэрии города/населенного пункта
4. Совет по лицензированию
5. Офис члена городского управления
6. Прочее \_\_\_\_\_

Контактное лицо: \_\_\_\_\_ Телефон #: \_\_\_\_\_

# Информация и инструкции

Глава 152 Общего законодательства штата Массачусетс (MGL) обязывает всех работодателей обеспечивать всем своим работникам компенсацию за производственную травму. В соответствии с этим законом работник определяется как «...любое лицо, находящееся на службе у другого лица по любому договору найма, явному или подразумеваемому, устному или письменному.»

**Работодатель** определяется как « физическое лицо, партнерство, ассоциация, корпорация или другое юридическое лицо, или любые два или более из вышеперечисленных, участвующих в совместном предприятии, и включая законных представителей умершего работодателя, или управляющего или попечителя физического лица, партнерства, ассоциации или другого юридического лица, нанимающих работников. Однако владелец жилого дома, имеющего не более трех квартир и проживающий в нем, или жилец другого жилого дома, нанимающий людей для выполнения работ по обслуживанию, строительству или ремонту такого жилого дома или прилегающей к нему территории или здания, при таком найме не будет считаться работодателем.»

Глава 152 Общего законодательства штата Массачусетс (MGL), §25C(6) также гласит, что «**каждое штатное или местное лицензионное агентство должно отказать в выдаче или продлении лицензии или разрешения на ведение бизнеса или строительство зданий в штате Массачусетс любому заявителю, который не представил приемлемых доказательств соответствия требуемому страховому покрытию.**» Кроме того, глава 152 MGL, §25C(7) Общего законодательства штата Массачусетс гласит, что «Ни штат Массачусетс, ни одно из его политических подразделений не должны заключать контракты на выполнение общественных работ до тех пор, пока заключающему контракт органу власти не будут представлены приемлемые доказательства соответствия требованиям страхования, предусмотренным настоящей главой.»

---

## Заявители

Пожалуйста, полностью заполните affidavit о компенсации работникам за производственную травму, отметив те поля, которые относятся к вашей ситуации, и, при необходимости, предоставьте название, адрес и телефон вашей страховой компании вместе с сертификатом страхования. Компании с ограниченной ответственностью (LLC) или товарищества с ограниченной ответственностью (LLP), в которых нет работников, кроме членов или партнеров, не обязаны иметь страхование для компенсации работникам за производственную травму. Если у LLC или LLP имеются работники, то такая страховка требуется. Имейте в виду, что этот affidavit может быть представлен в Департамент несчастных случаев на производстве для подтверждения страхового покрытия. Также не забудьте подписать affidavit и поставить на нем дату. Affidavit следует направлять в город или населенный пункт, в котором запрашивается разрешение или лицензия, а не в Департамент несчастных случаев на производстве. Если у вас возникнут вопросы по поводу этого закона или если вы обязаны иметь страхование для компенсации работникам за производственную травму, звоните в Департамент по указанному ниже телефону. Компании, занимающиеся самострахованием, должны указать номер своей лицензии на самострахование в соответствующей строке.

---

## Должностные лица города или населенного пункта

Пожалуйста, убедитесь, что affidavit заполнен полностью и разборчивыми печатными буквами. В нижней части affidavit Департамент предусмотрел место, которое вы можете заполнить в случае, если Отдел расследований свяжется с вами по поводу заявителя. Обязательно укажите номер разрешения/лицензии, который будет использоваться в качестве справочного номера. Кроме того, заявителю, который должен подать несколько заявлений на получение разрешения/лицензии в течение одного года, достаточно представить только один affidavit с указанием текущей информации о страховом полисе (при необходимости). Копия affidavit с официальной печатью или отметкой города или населенного пункта может быть предоставлена заявителю в качестве доказательства наличия действительного affidavit для получения последующих разрешений или лицензий. Каждый год необходимо заполнять новый affidavit. Если владелец дома или гражданин получает лицензию или разрешение, не связанное с каким-либо бизнесом или коммерческой деятельностью (например, лицензию на выгул собак или разрешение на сжигание листьев и т. д.), от него не требуется заполнять данный affidavit.

Отдел расследований заранее благодарит вас за сотрудничество, и если у вас возникнут вопросы, пожалуйста, звоните нам.

---

Адрес, телефон и факс Департамента:

The Commonwealth of Massachusetts  
Department of Industrial Accidents

**Office of Investigations**

Lafayette City Center

2 Avenue de Lafayette,

Boston, MA 02111-1750

Телефон (857) 321-7406 или 1-877-MASSAFE

Факс (617) 727-7749

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