



## ДЕПАРТАМЕНТ ИНСПЕКЦИОННЫХ УСЛУГ

### ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЛИЦЕНЗИЮ ДЛЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ

ДАТА \_\_\_\_\_

РАЗРЕШЕНИЕ № \_\_\_\_\_

НАЗВАНИЕ ЛАГЕРЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

АДРЕС ЛАГЕРЯ ВО ВРЕМЯ СЕЗОНА \_\_\_\_\_

ГОРОД/НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

ВЛАДЕЛЕЦ ЛАГЕРЯ \_\_\_\_\_

ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЦЕНТРА (осуществляет свою деятельность под наименованием) \_\_\_\_\_

АДРЕС ЛАГЕРЯ ВНЕ СЕЗОНА \_\_\_\_\_

ГОРОД/НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

НОМЕР ТЕЛЕФОНА В ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ \_\_\_\_\_

АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ (будет использоваться для отправки результатов инспекций) \_\_\_\_\_

ДИРЕКТОР ЛАГЕРЯ \_\_\_\_\_ \*\*\*Все операторы лагеря должны представить обновленное руководство по правилам и процедурам. Директора нового лагеря и назначенные лагеря должны для работы запланировать предварительное рассмотрение утверждения в Отделе здравоохранения. Весь персонал лагеря должен соответствовать минимальным требованиям и предоставить документы об обучении/опыте, чтобы работать.

**ТИП ЛАГЕРЯ:** С постоянным проживанием (работает 24+ часа) \_\_\_\_\_ Дневной (работает менее 24 часов) \_\_\_\_\_

Спорт \_\_\_\_\_ Путешествие/поездка \_\_\_\_\_

Если у вас имеется **медицинский лагерь** или любой **лагерь для детей с особыми потребностями**, пожалуйста, укажите конкретные потребности:

Предполагаете ли вы ночевки? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Где? \_\_\_\_\_

Продолжительность лагерного сезона: \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ Часы работы: \_\_\_\_\_ до полудня \_\_\_\_\_ после полудня  
**(начало)**      **(конец)**

Количество смен за сезон: \_\_\_\_\_ Даты смен: \_\_\_\_\_

Количество детей в лагере за сезон: \_\_\_\_\_ Количество персонала за сезон: \_\_\_\_\_

**(Максимальное количество детей в лагере)**

**(Присматривающие за детьми в лагере)**

Количество волонтеров за сезон: \_\_\_\_\_

Вместимость помещения: \_\_\_\_\_

1010 MASSACHUSETTS AVENUE BOSTON, MA 02118

Адрес эл. почты: [ISDHealth@boston.gov](mailto:ISDHealth@boston.gov) Website: [Boston.gov/ISD](http://Boston.gov/ISD)

Телефон (617) 635-5326    Факс (617) 635-5388



## ДЕПАРТАМЕНТ ИНСПЕКЦИОННЫХ УСЛУГ

Сертификат инспекции/строительный отдел: Сертификат № \_\_\_\_\_ Срок действия истекает \_\_\_\_\_

Дата завершения инспекции оздоровительного лагеря отделом пожарной охраны \_\_\_\_\_ (информация об инспекции пожарной охраной Бостона (BFD доступна на Интернете)

Какой тип пожарной сигнализации, извещателей или средств пожаротушения имеется?

Получил ли владелец или директор лагеря и проверил ли отчет по проверке наличия в семье уголовного преступника (CORI) / несовершеннолетнего преступника и отчет по проверке на наличие в семье сексуального преступника (SORI) для каждого сотрудника и волонтера и определил, что его биография не содержит дисквалифицирующей информации? Сезонный персонал необходимо проверять каждый сезон.

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Сотрудники / волонтеры не могут работать в лагере до тех пор, пока не будет проведена проверка биографии и будет доказано отсутствие дисквалифицирующие информации. (\*Отчетность по CORI / несовершеннолетним правонарушителям и SORI, история работы, рекомендации – в соответствии с требованиями для всех сотрудников/ волонтеров)

Директор и персонал лагеря соответствуют критериям приемлемости, прошли необходимое обучение, изучили и поняли Минимальные стандарты для оздоровительных лагерей Кодекса нормативно-правовых актов штата Массачусетс (105 CMR 430.000) до начала работы лагеря.

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ Если ожидается, укажите дату \_\_\_\_\_

### СЛУЖБА ПИТАНИЯ:

Обрабатывается ли, подается или готовится пища? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ Разрешение службы питания № \_\_\_\_\_ (предоставить копию)  
В какой степени? \_\_\_\_\_

Закуски \_\_\_\_ Готовит и подает персонал \_\_\_\_ Обслуживание питанием \_\_\_\_ Если так, то кем? \_\_\_\_\_

Имеется ли холодильник для скоропортящихся продуктов? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

### ЗОНА ДЛЯ ПЛАВАНИЯ:

Есть ли у вас водные объекты для отдыха (пляж, бассейн, озеро, пруд, фонтан или аквапарк)? Отметьте все подходящие варианты.

Пресная вода \_\_\_\_ Океан \_\_\_\_ Бассейн / аквапарки \_\_\_\_ Другое (поясните) \_\_\_\_\_  
Нет \_\_\_\_

Если ответ «Да», то укажите местонахождение всех пляжей, аквапарков



## ДЕПАРТАМЕНТ ИНСПЕКЦИОННЫХ УСЛУГ

Если ответ «Да», укажите местоположение бассейна / сооружения для занятий водными видами спорта

Кто является **Директором по водным видам спорта** ответственным за надзор за бассейном и зоной (зонами) для плавания?

### Квалификационные требования к директору по водным видам спорта:

Инструктор по безопасности на воде или эквивалентный специалист ..... Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Обучение сердечно-легочной реанимации (CPR) ..... Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Обучение оказанию первой помощи ..... Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Имя (имена) других спасателей на объекте и данные об их квалификации:** \_\_\_\_\_

**Если зона (зоны) для плавания находится не в постоянном лагере, было ли эта зона (зоны) проверена контролирующими органами и одобрена директором по водным видам спорта и оператором лагеря? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_**

**Участвует ли лагерь в соревнованиях по водным видам спорта/плаванию на лодках? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_**

Местоположение: \_\_\_\_\_

**ОБЯЗАТЕЛЬНО включите маршруты поездок лагеря и список специальных мероприятий / планов поездок ниже и предоставьте родителям:**

---

---

---

**ВОДОСНАБЖЕНИЕ:** Общественное \_\_\_\_\_ Место вне объекта /частные колодцы \_\_\_\_\_

Если используются частные колодцы указать даты отбора проб \_\_\_\_\_ Кто отбирает пробы \_\_\_\_\_

Результаты \_\_\_\_\_

**ДНЕВНЫЕ ЛАГЕРЯ / СТАЦИОНАРНЫЕ ЛАГЕРЯ:** Отвечает(ют) современным требованиям к строительству и жилью  
\_\_\_\_\_ Да

**ТУАЛЕТЫ/ДУШЕВЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ:** Количество туалетов ..... мужских \_\_\_\_\_ женских \_\_\_\_\_

Умывальники для мытья рук ..... мужских \_\_\_\_\_ женских \_\_\_\_\_

Душевые помещения ..... мужских \_\_\_\_\_ женских \_\_\_\_\_

**УДАЛЕНИЕ СТОЧНЫХ ВОД:** Общественное \_\_\_\_\_ частное \_\_\_\_\_ (пожалуйста, уточните) \_\_\_\_\_

1010 MASSACHUSETTS AVENUE BOSTON, MA 02118

Адрес эл. почты: [ISDHealth@boston.gov](mailto:ISDHealth@boston.gov) Website: [Boston.gov/ISD](http://Boston.gov/ISD)

Телефон (617) 635-5326 Факс (617) 635-5388



## ДЕПАРТАМЕНТ ИНСПЕКЦИОННЫХ УСЛУГ

**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ:** Кто отвечает в лагере за медицинское обслуживание или первую медицинскую помощь

**Имя и фамилия руководителя (ей) по медицинскому обслуживанию в каждом местоположении лагеря:**

**Имя и фамилия дежурного врача (квалифицированного консультанта по медицинскому обслуживанию), который обучает персонал:**

Лицензия № \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Название и адрес **больницы**, используемой для оказания неотложной помощи: \_\_\_\_\_

Есть ли у лагеря транспортные средства или договор с поставщиками таких услуг? Да        Нет       

Убедились ли вы, что водитель имеет надлежащие водительские права и соответствует требуемой квалификации?

Да        Нет       

**Запланируйте предварительный обзор и предоставьте копию требуемых, ежегодно обновляемых правил и процедур для этого обзора.**

**Ежегодный взнос за оздоровительный лагерь в размере 50 долларов (отметить один пункт)        Прилагается**

**Уже уплачен        Не применимо**

Подпись: \_\_\_\_\_ (Не действителен без подписи владельца/оператора)

**Неполные и неподписанные заявления не дают права на выдачу разрешения для эксплуатации.**

Дата: \_\_\_\_\_