



## Процедура подачи заявления на получение разрешения на Получение разрешения на открытие предприятия общественного питания

### Раздел 1 — Обзор плана

*Лично, только по предварительной записи*

⇒ **Начните здесь, если верно одно из следующих утверждений:** (Если ни один из пунктов ниже не применим, перейдите к Разделу 2)

- Ресторан строится
- Строительство, реконструкция или изменение планировки
- Новое оборудование

Необходимые материалы:	Этапы:
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Получение разрешения на открытие предприятия общественного питания</li><li><input type="checkbox"/> Рабочий лист обзора плана</li><li><input type="checkbox"/> 2 копии планов этажей</li><li><input type="checkbox"/> Технические характеристики оборудования (NSF/UL или эквивалент)</li><li><input type="checkbox"/> Меню</li><li><input type="checkbox"/> Оплата</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Убедитесь, что вы собрали и заполнили все перечисленные материалы, документы и информацию</li><li>2. Запишитесь на прием в ISD для рассмотрения плана, позвонив по телефону <b>617-635-5326</b> или отправив электронное письмо по адресу <b>ISDHealth@boston.gov</b></li><li>3. Принесите все перечисленные документы распечатанными и заполненными на назначенный прием в дополнение к оплате соответствующих сборов</li></ol>

### Раздел 2 — Подача заявления на получение разрешения *Лично или онлайн по электронной почте*

⇒ **Начните здесь, если верно одно из следующих утверждений:**

- Существующий ресторан без изменений
- Новый владелец

Необходимые материалы:	Этапы:
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Получение разрешения на открытие предприятия общественного питания</li><li><input type="checkbox"/> Заявление о страховании компенсаций работникам</li><li><input type="checkbox"/> Федеральный налоговый идентификационный номер (номер EIN)</li><li><input type="checkbox"/> Сертификат менеджера по защите пищевых продуктов (CFPM)</li><li><input type="checkbox"/> Сертификат о приемке в эксплуатацию (CO) / Сертификат осмотра (CI)</li><li><input type="checkbox"/> Лицензия ресторатора (CV)</li><li><input type="checkbox"/> Сертификат аллергенов</li><li><input type="checkbox"/> Подписанный договор аренды</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Убедитесь, что вы собрали и заполнили все перечисленные материалы, документы и информацию. Вы можете принести материалы на прием или отправить их заранее по электронной почте.</li><li>2. Получите CO или CI от строительного отдела ISD — посетите: <b><a href="http://www.boston.gov/departments/inspectional-services">www.boston.gov/departments/inspectional-services</a></b> для получения дополнительной информации</li><li>3. Запишитесь на прием в ISD, позвонив по номеру <b>617-635-5326</b> или отправив электронное письмо по адресу <b>ISDHealth@boston.gov</b></li></ol>



## Получение разрешения на открытие предприятия общественного питания

Только для использования Советом по здравоохранению				
Дата получения	Дата проверки	Кем одобрено	Разрешение № выдано	Оплата

1	<b>Название предприятия:</b> <i>(Это название, которое будет показано общественности снаружи вашего заведения, т. е. "McDonalds", а не "McDonalds Corp")</i>												
2	<b>Адрес предприятия:</b> <i>(Это физический адрес вашего предприятия, показываемый общественности)</i>												
3	<b>Почтовый адрес предприятия:</b> <i>(Если отличается от указанного выше)</i>												
4	<b>Номер телефона предприятия:</b> <i>(Номер, по которому будут звонить посетители)</i>												
5	<b>Имя и должность заявителя:</b>												
6	<b>Адрес заявителя:</b>												
7	<b>Номер телефона заявителя:</b>												
8	<b>Адрес электронной почты заявителя:</b>												
9	<table><tr><td><b>Заведение принадлежит:</b></td><td><b>Если это <u>корпорация</u> или <u>партнерство</u>, укажите имя, должность и домашний адрес должностных лиц или партнеров:</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ассоциация</td><td>Имя      Должность      Адрес</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Корпорация</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Партнерство</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Другое юридическое лицо</td><td>_____</td></tr></table>	<b>Заведение принадлежит:</b>	<b>Если это <u>корпорация</u> или <u>партнерство</u>, укажите имя, должность и домашний адрес должностных лиц или партнеров:</b>	<input type="checkbox"/> Ассоциация	Имя      Должность      Адрес	<input type="checkbox"/> Корпорация	_____	<input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель	_____	<input type="checkbox"/> Партнерство	_____	<input type="checkbox"/> Другое юридическое лицо	_____
<b>Заведение принадлежит:</b>	<b>Если это <u>корпорация</u> или <u>партнерство</u>, укажите имя, должность и домашний адрес должностных лиц или партнеров:</b>												
<input type="checkbox"/> Ассоциация	Имя      Должность      Адрес												
<input type="checkbox"/> Корпорация	_____												
<input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель	_____												
<input type="checkbox"/> Партнерство	_____												
<input type="checkbox"/> Другое юридическое лицо	_____												
10	<b>Владелец бизнеса и должность:</b> <i>(название корпорации)</i>												
11	<b>Адрес владельца бизнеса:</b> <i>(адрес корпорации)</i>												
12	<b>Лицо, непосредственно ответственное за ежедневные операции</b> <i>(владелец, ответственное лицо, руководитель, менеджер и т. д.)</i>												
	Имя и должность:												
	Адрес:												
	Номер телефона:												
	Номер телефона экстренной связи:												
13	<b>Районный или региональный супервайзер</b> <i>(если применимо)</i>												
	Имя и должность:												
	Адрес:												
	Номер телефона:												



21	Продаете ли вы продукты TCS, приготовленные на заказ?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
22	Доставляете ли вы еду в течение 1 часа после приготовления?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
23	Готовите ли вы продукты TCS для горячего и холодного хранения при разовом обслуживании?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
24	Вы готовите горячие продукты TCS, либо приготовленные и охлажденные, либо хранящиеся в горячем виде?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
25	Разогреваете ли вы коммерчески обработанные продукты для подачи в течение 4 часов?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
26	Готовите ли вы продукты без TCS?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
27	Продаете ли вы предварительно упакованные коммерческие продукты? <b>Отметьте все, что применимо:</b>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
28	Производите ли вы и упаковываете лед для розничной продажи?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
29	Производите ли вы и упаковываете сок для розничной продажи?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
30	Продаете ли вы сырые продукты животного происхождения, <u>предназначенные для самостоятельного приготовления?</u>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
31	Подаете ли вы сырую или не до конца приготовленную еду животного происхождения?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
32	Вы готовите еду/отдельные блюда для кейтеринговых мероприятий или учреждений общественного питания?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
33	Готовите ли вы еду для населения, находящегося в учреждении с высокой степенью восприимчивости?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
34	Осуществляете ли вы розничную продажу испорченных, просроченных или восстановленных продуктов питания?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
35	Предлагаете ли вы самообслуживание клиентов? <b>Отметьте все, что применимо:</b> <input type="checkbox"/> TCS	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
36	Используете ли вы процесс, требующий отклонений и/или плана HACCP?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
37	Вы вакуумируете продукты на месте или готовите/охлаждаете их на месте?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

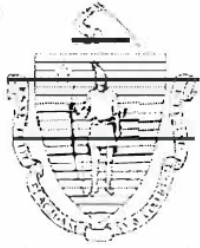
Я, нижеподписавшийся, подтверждаю точность информации, предоставленной в настоящем заявлении, и подтверждаю, что деятельность предприятия общественного питания будет соответствовать 105 CMR 590.000 и всем другим применимым законам. Совет по здравоохранению проинструктировал меня о том, как получить копии 105 CMR 590.000 и Федерального продовольственного кодекса 2013 года и дополнения 2015 года.

**Подпись заявителя:** \_\_\_\_\_

В соответствии с MGL Ch 62C, разд. 49А я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно и по моему убеждению, я подал все государственные налоговые декларации и уплатил государственные налоги, требуемые в соответствии с законом.

**Федеральный налоговый идентификационный номер (номер EIN):** \_\_\_\_\_

**Подпись физического лица или название корпорации:** \_\_\_\_\_



*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*

**Заявление о страховании компенсаций работникам:  
Строители/Подрядчики/Электрики/Сантехники**

**Информация о заявителе**

**Пишите разборчиво**

Имя/название (бизнес/организация/физическое лицо): \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город/штат/почтовый код: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

**Вы работодатель? Отметьте соответствующий пункт:**

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Я являюсь работодателем с _____ сотрудников (на полный и/или неполный рабочий день).*  | 4. <input type="checkbox"/> Я являюсь генеральным подрядчиком и нанял субподрядчиков, перечисленных в прилагаемом листе. У этих субподрядчиков есть сотрудники и страхование ответственности от несчастных случаев на производстве.†                                 |
| 2. <input type="checkbox"/> Я являюсь индивидуальным предпринимателем или партнерством, и у меня нет сотрудников, работающих на меня в какой-либо должности. [Страхование от несчастных случаев на производстве не требуется.] | 5. <input type="checkbox"/> Мы являемся корпорацией, и её должностные лица воспользовались правом на освобождение от уплаты налогов в соответствии с MGL гл. 152, § 1(4), и у нас нет сотрудников. [Страхование от несчастных случаев на производстве не требуется.] |
| 3. <input type="checkbox"/> Я владелец помещения и выполняю все работы самостоятельно. [Страхование от несчастных случаев на производстве не требуется.] ‡   |  |

**Тип проекта (обязательно):**

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 6. <input type="checkbox"/>  | Новое строительство                    |
| 7. <input type="checkbox"/>  | Реконструкция                          |
| 8. <input type="checkbox"/>  | Снос                                   |
| 9. <input type="checkbox"/>  | Достройка                              |
| 10. <input type="checkbox"/> | Ремонт или добавка электрооборудования |
| 11. <input type="checkbox"/> | Ремонт или добавка сантехники          |
| 12. <input type="checkbox"/> | Ремонт крыши                           |
| 13. <input type="checkbox"/> | Другое _____                           |

\*Любой заявитель, отметивший пункт № 1, также должен заполнить раздел ниже, указав информацию о своем полисе компенсации работникам.

† Владелец помещений, представившие данное заявление, подтверждающее, что они выполняют все работы, а затем нанявшие сторонних подрядчиков, должны предоставить новое заявление, подтверждающее это.

‡ Подрядчики, отметившие этот пункт, должны прикрепить дополнительный лист с указанием наименований субподрядчиков и указать, есть ли у этих организаций сотрудники. Если у субподрядчиков есть сотрудники, они должны предоставить номер своего страхового полиса.

**Я работодатель, который предоставляет своим сотрудникам компенсацию за страховку от несчастных случаев на производстве. Ниже приведен полис и информация о месте работы.**

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

Номер полиса или номер самострахования: \_\_\_\_\_ Дата окончания срока действия: \_\_\_\_\_

Адрес места работы: \_\_\_\_\_ Город/штат/почтовый код: \_\_\_\_\_

**Приложите копию страницы заявления о полисе компенсации работникам (с указанием номера полиса и даты истечения срока действия).**

Неспособность обеспечить страховое покрытие, требуемое в соответствии с разделом 25A MGL гл. 152, может привести к наложению уголовного наказания в виде штрафа до 1500 долларов и/или тюремного заключения сроком на один год, а также к гражданско-правовым санкциям в виде РАСПОРЯЖЕНИЯ О ПРИОСТАНОВЛЕНИИ РАБОТ и штрафа в размере до 250 долларов в день в отношении нарушителя. Обратите внимание, что копия настоящего заявления может быть направлена в Управление расследований DIA для проверки страхового покрытия.

**Настоящим я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство, что предоставленная выше информация является правдивой и правильной.**

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

**Только для служебного пользования. Не пишите в этой области, ее должен заполнить городской или поселковый чиновник.**

Город: \_\_\_\_\_ Номер разрешения/лицензии \_\_\_\_\_

Орган выдачи (отметьте один вариант):

1 ☐ Совет по здравоохранению 2 ☐ Строительный департамент 3 ☐ Городской служащий 4 ☐ Инспектор по  
электрике 5 ☐ Инспектор по сантехнике 6 ☐ Другое \_\_\_\_\_

Контактное лицо: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

# Информация и инструкции

Глава 152 Общих законов Massachusetts требует от всех работодателей выплачивать своим сотрудникам компенсацию. В соответствии с этим законом **работник** определяется как «...каждое лицо, находящееся на службе у другого лица по любому договору найма, явно выраженному или подразумеваемому, устному или письменному».

**Работодатель** определяется как «физическое лицо, партнерство, ассоциация, корпорация или иное юридическое лицо или любые два или более из вышеперечисленных лиц, занимающихся совместной деятельностью, включая законных представителей умершего работодателя или получателя или доверительного управляющего физического лица, партнерства, ассоциации или иного юридического лица, нанимающих сотрудников. Однако собственник жилого дома, имеющего не более трех квартир, и проживающий в нем, или жилец жилого дома другого лица, нанимающий лиц для выполнения работ по обслуживанию, строительству или ремонту такого жилого дома или прилегающей к нему территории или здания, не должен в силу такой занятости считаться работодателем.»

В главе 152, §25C(6) MGL также говорится, что **«каждый государственный или местный лицензирующий орган должен приостановить выдачу или продление лицензии или разрешения на ведение бизнеса или строительство зданий в Содружестве любому заявителю, который не представил приемлемых доказательств соблюдения требуемого страхового покрытия»**. Кроме того, глава 152, §25C(7) MGL гласит: «Ни Содружество, ни любое из его политических подразделений не должны заключать никаких контрактов на выполнение общественных работ до тех пор, пока органу, осуществляющему закупки, не будут представлены приемлемые доказательства соблюдения требований страхования, изложенных в настоящей главе».

---

## Заявители

Заполните заявление о компенсации работникам полностью, отметив галочками пункты, которые относятся к вашей ситуации, и, при необходимости, укажите имя(-ена) субподрядчика(-ов), адрес(-а) и номер(-а) телефона, а также их страховое(-ые) свидетельство(-а). Общества с ограниченной ответственностью (LLC) или партнерства с ограниченной ответственностью (LLP), в которых нет сотрудников, кроме участников или партнеров, не обязаны иметь страхование ответственности перед работодателями. Если в LLC или LLP есть сотрудники, требуется полис. Обратите внимание, что данное заявление может быть предоставлено в Департамент несчастных случаев на производстве для подтверждения страхового покрытия. **Также обязательно подпишите и поставьте дату на заявлении.** Это заявление необходимо направить в город или поселок, в котором подается заявление на получение разрешения, а не в Департамент несчастных случаев на производстве. Если у вас возникли вопросы относительно закона или вам необходимо получить полис компенсации работникам, позвоните в Департамент по указанному ниже номеру. Компании, занимающиеся самострахованием, должны указать номер своей лицензии на самострахование в соответствующей строке.

---

## Городские или поселковые чиновники

Убедитесь, что заявление заполнено полностью и напечатано разборчиво. Департамент предусмотрел место в нижней части заявления, которое вам следует заполнить на случай, если Управлению расследований придется связаться с вами по поводу заявителя. Обязательно укажите номер разрешения/лицензии, который будет использоваться в качестве справочного номера. Кроме того, заявителю, которому необходимо подать несколько заявлений на получение разрешений/лицензий в течение года, необходимо предоставить только одно заявление с указанием информации о текущем полисе (при необходимости), а в разделе «Адрес места работы» заявителю следует указать «все места в \_\_\_\_\_ (город или поселок)». Копия заявления, официально заверенная печатью или отметкой города или поселка, может быть предоставлена заявителю в качестве доказательства того, что действительное заявление имеется в деле для получения будущих разрешений или лицензий. Каждый год необходимо заполнять новое заявление. Если владелец дома или гражданин получает лицензию или разрешение, не связанное с какой-либо коммерческой деятельностью или начинанием (например, лицензию на собаку или разрешение на сжигание листьев и т. д.), указанному лицу НЕ требуется заполнять это заявление.

Управление расследований заранее благодарит вас за сотрудничество. Если у вас возникнут какие-либо вопросы, не стесняйтесь обращаться к нам.

---

Адрес, номер телефона и факса Департамента:

The Commonwealth of Massachusetts  
Department of Industrial Accidents  
**Office of Investigations**  
Lafayette City Center, 2 Avenue de Lafayette  
Boston, MA 02111-1750

Тел. (617) 727-4900 or 1-877-MASSAFE  
Факс (617) 727-7749

Пересмотрено 7-2019

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