



Procedimiento para solicitar un permiso de establecimiento alimentario

Sección 1: Revisión del plan

Presencial, solo con cita previa

▫ Comience aquí si se cumple una de las siguientes condiciones: (*Si no se aplica ninguna de las siguientes, pase a la sección 2*)

- Restaurante en construcción
- Construcción, renovación o cambios en la disposición
- Equipo nuevo

Materiales necesarios:	Pasos:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Solicitud para un permiso de establecimiento alimentario<input type="checkbox"/> Hoja de trabajo para la revisión del plan<input type="checkbox"/> Dos copias de los planos<input type="checkbox"/> Especificaciones del equipo (certificación NSF/UL o equivalente)<input type="checkbox"/> Menú<input type="checkbox"/> Pago	<ol style="list-style-type: none">1. Asegúrese de haber recopilado y completado todos los materiales, documentos e información mencionados2. Programe una cita de revisión del plan con el Departamento de Servicios de Inspección (ISD) por teléfono al 617-635-5326 o por correo electrónico a ISDHealth@boston.gov3. Traiga todos los documentos impresos y completados a su cita programada, además del pago de las tarifas aplicables

Sección 2: Solicitud del permiso

Presencial o en línea por correo electrónico

▫ Comience aquí si se cumple una de las siguientes condiciones:

- Restaurante existente sin cambios
- Nueva propiedad

Materiales necesarios:	Pasos:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Solicitud para un permiso de establecimiento alimentario<input type="checkbox"/> Declaración jurada del seguro de indemnización laboral<input type="checkbox"/> N.º de identificación fiscal federal (EIN)<input type="checkbox"/> Certificado del gerente de protección alimentaria (CFPM)<input type="checkbox"/> Certificado de ocupación (CO)/ Certificado de inspección (CI)<input type="checkbox"/> Licencia de local gastronómico común (CV)<input type="checkbox"/> Certificado de alérgenos<input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento firmado	<ol style="list-style-type: none">1. Asegúrese de haber recopilado y completado todos los materiales, documentos e información mencionados. Puede llevar los materiales a su cita o enviarlos por correo electrónico con anticipación.2. Obtenga un CO o un CI de la División de Edificación del ISD. Ingresar en www.boston.gov/departments/inspectional-services para obtener más información3. Programe una cita con el ISD por teléfono al 617-635-5326 o por correo electrónico a ISDHealth@boston.gov



Solicitud para un permiso de establecimiento alimentario

Para uso exclusivo de la Comisión de Salud

Fecha de recepción	Fecha de inspección	Aprobado	N.º de permiso emitido	Tarifa

1 Nombre de la empresa:

(Este es el nombre que se muestra al público en el exterior de su establecimiento, p. ej. "McDonalds", no "McDonalds Corp")

2 Domicilio de la empresa:

(Esta es la dirección física de su establecimiento que se muestra al público)

3 Domicilio postal de la empresa:

(Si difiere del anterior)

4 Número telefónico de la empresa:

(Número público para los clientes)

5 Nombre y cargo del solicitante:**6 Domicilio del solicitante:****7 Número telefónico del solicitante:****8 Correo electrónico del solicitante:****9 El establecimiento es propiedad de:** Si es una **corporación** o una **sociedad**, indique el nombre, el cargo y el domicilio de los funcionarios o socios:

- Una asociación
 Una corporación
 Una persona
 Una sociedad
 Otra entidad jurídica

Nombre Cargo Domicilio

10 Propietario de la empresa y cargo:

(Nombre de la corporación)

11 Domicilio del propietario de la empresa:

(Domicilio de la corporación)

12 Persona directamente responsable de las operaciones diarias

(Propietario, supervisor a cargo, gerente, etc.)

Nombre y cargo:

Domicilio:

Número telefónico:

Número telefónico de emergencia:

13 Supervisor distrital o regional (si corresponde)

Nombre y cargo:

Domicilio:

Número telefónico:

14 Proveedor de servicios de eliminación de aguas residuales:	
15 Compañía de recolección de basura/ Compañía de renderización (para grasa)	
16 Días y horarios de atención:	
<input type="checkbox"/> Domingos Horario: _____ <input type="checkbox"/> Lunes Horario: _____ <input type="checkbox"/> Martes Horario: _____ <input type="checkbox"/> Miércoles Horario: _____ <input type="checkbox"/> Jueves Horario: _____ <input type="checkbox"/> Viernes Horario: _____ <input type="checkbox"/> Sábados Horario: _____	
17 Número de empleados en el sector de alimentos:	
18 Nombre de la persona a cargo certificada en gestión de protección alimentaria: <i>Adjunte una copia del certificado</i>	
19 ¿Tiene una persona capacitada en procedimientos antiasfixia? <i>(Si tiene 25 asientos o más)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20 Tipo de establecimiento <i>(Marque todas las opciones que correspondan)</i>	
<input type="checkbox"/> Minorista Pies cuadrados _____ <input type="checkbox"/> Servicios alimentarios N.º de asientos _____ <input type="checkbox"/> Comida para llevar <input type="checkbox"/> Institución de servicios alimentarios Comidas/día _____ Camas _____ <input type="checkbox"/> Catering <i>(Personal que sirve comida, no solo entrega de grandes cantidades de alimentos)</i>	<input type="checkbox"/> Entrega de comida <input type="checkbox"/> Venta ambulante de alimentos <i>(Ej.: carro de empuje)</i> <input type="checkbox"/> Venta ambulante de alimentos con acceso interior <i>(Ej.: camión o tráiler de comidas)</i> <input type="checkbox"/> Panadería <input type="checkbox"/> Fabricante de postres congelados <input type="checkbox"/> Otro, describa: _____ _____

TCS: control de tiempo/temperatura por seguridad

Los alimentos con TCS deben mantenerse fuera del rango de peligro (41°F a 135°F). Entre los alimentos con TCS más comunes se incluyen: productos cárnicos, huevos, pescados y mariscos, lácteos, crema o natillas, verduras cocidas, platos con papa, verduras ricas en proteínas, brotes crudos, verduras de hoja verde cortadas, ajo cortado en aceite, melones en rodajas y tomates.

Sin TSC: no se requiere control de tiempo/temperatura

Los alimentos sin TCS no permiten el crecimiento de bacterias que causan enfermedades. Entre los alimentos comunes sin TSC se incluyen: productos secos, cereales secos, alimentos deshidratados, galletas, dulces, palomitas de maíz, papas fritas, refrescos enlatados.

RTE: alimentos listos para comer

Los alimentos RTE no necesitan cocinarse o recalentarse antes de servirse. Los alimentos RTE incluyen: sándwiches, ensaladas y muffins.

21 ¿Vende alimentos con TCS cocinados por encargo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
22 ¿Entrega los alimentos dentro de 1 hora tras la preparación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
23 ¿Prepara alimentos con TCS y los mantiene fríos o calientes para servirlos en una comida por única vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
24 ¿Prepara alimentos calientes con TCS ya sean cocinados y enfriados o que se mantienen calientes para servirlos más de una vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
25 ¿Recalienta los alimentos procesados comercialmente para servirlos en un plazo de 4 horas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
26 ¿Prepara alimentos sin TSC?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
27 ¿Vende alimentos preenvasados comercialmente? Marque todas las opciones que correspondan:	<input type="checkbox"/> Sin TCS	<input type="checkbox"/> TCS	
28 ¿Fabrica y envasa hielo para la venta minorista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
29 ¿Fabrica y envasa jugo para la venta minorista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
30 ¿Vende alimentos crudos de origen animal <u>para que los preparen los clientes?</u>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
31 ¿Sirve alimentos crudos o poco cocidos de origen animal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
32 ¿Prepara alimentos o comidas individuales para eventos con catering o servicios alimentarios institucionales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
33 ¿Prepara alimentos para una instalación que atiende a población muy vulnerable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
34 ¿Realiza ventas minoristas de alimentos rescatados, fuera de fecha o reacondicionados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
35 ¿Ofrece autoservicio a los clientes? Marque todas las opciones que correspondan:	<input type="checkbox"/> TCS	<input type="checkbox"/> Sin TCS	<input type="checkbox"/> RTE
36 ¿Utiliza un proceso que requiere una variación o un plan de Análisis de Peligros y Control de Puntos Críticos (HACCP)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
37 ¿Envaza los alimentos al vacío en el lugar, o cocina o enfriá los productos en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

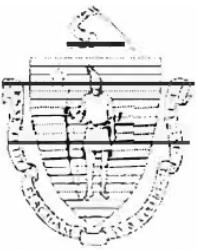
Yo, la persona abajo firmante, certifico la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud y afirmo que el funcionamiento del establecimiento alimentario cumplirá con la sección 105 CMR 590.000 y todas las demás leyes aplicables. La Comisión de Salud me ha indicado cómo obtener copias de la sección 105 CMR 590.000 y del Código Federal de Alimentos de 2013 y su suplemento de 2015.

Firma del solicitante: _____

De conformidad con la sección 49A del capítulo 62C de la Ley General de Massachusetts (MGL), certifico bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, presenté todas las declaraciones de impuestos estatales y pagué los impuestos estatales requeridos por la ley.

N.º de identificación fiscal federal/EIN: _____

Firma de la persona o nombre de la corporación: _____



Mancomunidad de Massachusetts
Departamento de Accidentes Industriales
Oficina de Investigaciones
Lafayette City Center
2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750
www.mass.gov/dia

Declaración jurada del seguro de indemnización laboral:
Constructores/contratistas/electricistas/plomeros

Información del solicitante

Escriba en letra imprenta legible

Nombre (empresa/organización/persona): _____

Domicilio: _____

Ciudad/estado/código postal: _____ N.º telefónico: _____

¿Usted es empleador? Marque la casilla correspondiente:

1. Soy un empleador con _____ empleados (a tiempo completo o parcial).*
2. Soy propietario único o socio y no tengo empleados que trabajen para mí en ningún puesto. [No requiero un seguro de indemnización laboral]
3. Soy propietario de una vivienda y hago todo el trabajo por mi cuenta. [No requiero un seguro de indemnización laboral]†
4. Soy contratista general y he contratado a los subcontratistas que figuran en la hoja adjunta. Estos subcontratistas tienen empleados y seguros de indemnización para los trabajadores.‡
5. Somos una corporación y los funcionarios han ejercido su derecho de exención según la sección 1(4) del capítulo 152 de la MGL, y no tenemos empleados. [No requerimos un seguro de indemnización laboral]

Tipo de proyecto (obligatorio):

6. Nueva construcción
7. Remodelación
8. Demolición
9. Ampliación del edificio
10. Reparaciones o ampliaciones eléctricas
11. Reparaciones o ampliaciones de plomería
12. Reparaciones de techos
13. Otro _____

*Cualquier solicitante que marque la casilla n.º 1 también debe completar la sección a continuación que muestra la información de la póliza de indemnización laboral.

† Los propietarios de viviendas que presenten esta declaración jurada que indica que hacen todo el trabajo y luego contratan a contratistas externos deben presentar una nueva declaración jurada que indique esto mismo.

‡Los contratistas que marquen esta casilla deben adjuntar una hoja adicional que muestre el nombre de los subcontratistas e indicar si esas entidades tienen o no empleados. Si los subcontratistas tienen empleados, deben proporcionar el número de póliza del seguro de indemnización laboral.

Soy un empleador que brinda seguro de indemnización laboral a mis empleados. A continuación se muestra la póliza y la información del lugar de trabajo.

Nombre de la compañía de seguros: _____

N.º de póliza o n.º de licencia de autoseguro: _____ Fecha de vencimiento: _____

Dirección del lugar de trabajo: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Adjunte una copia de la página de la declaración de la póliza de indemnización laboral (que muestre el número de póliza y la fecha de vencimiento).

El incumplimiento de la obligación de garantizar la cobertura según lo requerido por la sección 25A del capítulo 152 de la MGL puede dar lugar a la imposición de sanciones penales de una multa de hasta \$1,500.00 o de un año de prisión, así como sanciones civiles en forma de ORDEN DE DETENCIÓN DEL TRABAJO y una multa de hasta \$250.00 por día contra el infractor. Tenga en cuenta que se puede enviar una copia de esta declaración a la Oficina de Investigaciones del DIA para la verificación de la cobertura del seguro.

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

N.º telefónico: _____

Solo para uso oficial. No escriba en esta área, debe completarla el funcionario municipal.

Ciudad o pueblo: _____ N.º de permiso/licencia _____

Autoridad emisora (marque una opción):

- Comisión de Salud Departamento de Edificación Secretario Municipal Inspector eléctrico Inspector de plomería
 Otro _____

Persona de contacto: _____ N.º telefónico: _____

Información e instrucciones

El capítulo 152 de las Leyes Generales de Massachusetts exige que todos los empleadores proporcionen indemnización laboral a sus empleados. De conformidad con este estatuto, un **empleado** se define como "...toda persona al servicio de otra en virtud de cualquier acuerdo de contratación, expreso o implícito, oral o escrito".

Un **empleador** se define como "una persona, sociedad, asociación, corporación u otra entidad legal, o dos o más de cualquiera de las opciones anteriores que participen en una empresa mixta e incluyan a los representantes legales de un empleador fallecido, o al receptor o fiduciario de una persona, sociedad, asociación u otra entidad legal, que emplee empleados. Sin embargo, no se considerará empleador al propietario de una vivienda que no tenga más de tres apartamentos y que viva en ella, o al ocupante de la vivienda de otra persona que emplee a personas para hacer trabajos de mantenimiento, construcción o reparación en dicha vivienda o en los terrenos o edificios correspondientes solo por contratar esos servicios".

La sección 25C(6) del capítulo 152 de la MGL también establece que "**toda agencia de licencias estatal o local se puede abstener de la emisión o renovación de una licencia o permiso para gestionar una empresa o construir edificios en la Mancomunidad para cualquier solicitante que no haya presentado pruebas aceptables del cumplimiento con la cobertura de seguro requerida**". Además, la sección 25C(7) del capítulo 152 de la MGL establece que "ni la Mancomunidad ni ninguna de sus subdivisiones políticas celebrarán ningún contrato para la realización de obras públicas hasta que se hayan presentado pruebas aceptables del cumplimiento de los requisitos de seguro de este capítulo a la autoridad contratante".

Solicitantes

Complete la declaración jurada de indemnización laboral en su totalidad marcando las casillas que correspondan a su situación y, si es necesario, facilite los nombres, las direcciones y los números telefónicos de los subcontratistas junto con sus certificados de seguro. Las compañías de responsabilidad limitada (LLC) o las sociedades de responsabilidad limitada (LLP) sin más empleados que los miembros o socios no están obligadas a tener un seguro de indemnización laboral. Si una LLC o LLP tiene empleados, se requiere una póliza. Tenga en cuenta que esta declaración jurada puede presentarse al Departamento de Accidentes Industriales para confirmar la cobertura del seguro. **Asegúrese también de firmar y fechar la declaración jurada.** La declaración jurada debe enviarse a la ciudad o pueblo donde se solicita el permiso o la licencia, **no** al Departamento de Accidentes Industriales. Si tiene alguna pregunta sobre la ley o si se le exige obtener una póliza de seguro de indemnización laboral, llame al Departamento al número que se indica a continuación. Las empresas autoaseguradas deben ingresar su número de licencia de autoseguro en la línea correspondiente.

Funcionarios municipales

Asegúrese de que la declaración jurada esté completa y escrita en letra imprenta legible. El Departamento habilitó un espacio en la parte inferior de la declaración jurada para que complete usted en caso de que la Oficina de Investigaciones tenga que comunicarse con usted por el solicitante. Asegúrese de completar el número de permiso/licencia que se utilizará como número de referencia. Además, un solicitante que deba presentar varias solicitudes de permisos o licencias en un año determinado solo debe presentar una declaración jurada que indique la información actual de la póliza (si es necesario) y, en "Dirección del lugar de trabajo", debe escribir "todas las ubicaciones en ____ (ciudad o pueblo)". Se puede entregar al solicitante una copia de la declaración jurada que haya sido sellada o marcada oficialmente por la ciudad o pueblo como prueba de que se ingresó una declaración jurada válida en el archivo para futuros permisos o licencias. Se debe completar una nueva declaración jurada cada año. Cuando un propietario de una vivienda o un ciudadano obtiene una licencia o un permiso no relacionado con ningún negocio o empresa comercial (por ej., una licencia para perros o un permiso para quemar hojas), dicha persona NO tiene la obligación de completar esta declaración jurada.

La Oficina de Investigaciones desea agradecerle de antemano su cooperación y, si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos.

Dirección, número telefónico y número de fax del Departamento:

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

Tel. (617) 727-4900 o 1-877-MASSAFE
Fax (617) 727-7749
www.mass.gov/dia