



## إجراءات التقدم للحصول على استمارة طلب تصريح منشأة غذائية

### القسم الأول – مراجعة المخططات

حضورياً فقط، وبموعد مسبق

ابدأ من هنا إذا انطبق أحد البنود التالية: (إذا لم تنطبق أحد البنود التالية، انتقل إلى القسم الثاني)

- إنشاء مطعم جديد
- أعمال بناء أو تجديد أو تغييرات في التخطيط الداخلي
- تركيب معدات جديدة

المستندات المطلوبة:	الخطوات:
<input type="checkbox"/> استمارة طلب تصريح منشأة غذائية <input type="checkbox"/> استمارة مراجعة المخططات <input type="checkbox"/> نسختان من مخططات الأرضية <input type="checkbox"/> مواصفات المعدات (معتمدة من NSF/UL أو ما يعادلها) <input type="checkbox"/> قائمة الطعام <input type="checkbox"/> رسوم الطلب	1. تأكد من جمع واستكمال جميع المستندات والمعلومات المطلوبة أعلاه 2. حدّد موعداً لمراجعة المخططات مع إدارة خدمات التفتيش (ISD) عبر الاتصال بالرقم 617-635-5326 أو المراسلة على <a href="mailto:ISDHealth@boston.gov">ISDHealth@boston.gov</a> 3. أحضر جميع المستندات مطبوعة ومكتملة في الموعد المحدد، إلى جانب سداد الرسوم المقررة

### القسم الثاني – التقدم للحصول على التصريح

حضورياً أو عبر البريد الإلكتروني

ابدأ من هنا إذا انطبق أحد البنود التالية:

- مطعم قائم دون تغييرات
- تغيير في الملكية

المستندات المطلوبة:	الخطوات:
<input type="checkbox"/> استمارة طلب تصريح منشأة غذائية <input type="checkbox"/> إفادة تأمين تعويض العمال <input type="checkbox"/> رقم التعريف الضريبي الفيدرالي (EIN) <input type="checkbox"/> شهادة مدير سلامة الأغذية (CFPM) <input type="checkbox"/> شهادة إشغال أو شهادة تفتيش <input type="checkbox"/> رخصة تشغيل مطعم <input type="checkbox"/> شهادة الحساسية الغذائية <input type="checkbox"/> عقد الإيجار الموقع	1. تأكد من جمع واستكمال جميع المستندات والمعلومات المطلوبة أعلاه. يمكنك إحضارها في موعدك أو إرسالها مسبقاً عبر البريد الإلكتروني. 2. احصل على شهادة الإشغال أو التفتيش من قسم البناء في إدارة خدمات التفتيش – للمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة <a href="http://www.boston.gov/departments/inspectional-services">www.boston.gov/departments/inspectional-services</a> 3. حدّد موعداً مع إدارة خدمات التفتيش (ISD) عبر الاتصال بالرقم 617-635-5326 أو المراسلة على <a href="mailto:ISDHealth@boston.gov">ISDHealth@boston.gov</a>



## استمارة طلب تصريح منشأة غذائية

للاستخدام الرسمي من قبل مجلس الصحة فقط				
تاريخ الاستلام	تاريخ التفتيش	تمت الموافقة من قبل	رقم التصريح الصادر	الرسوم

1	اسم النشاط التجاري: (الاسم الذي يظهر للعامة على واجهة المنشأة - مثل "ماكدونالدز"، وليس "شركة ماكدونالدز")
2	عنوان العمل التجاري: (العنوان الفعلي للمنشأة كما يظهر للعامة)
3	عنوان المراسلات التجارية: (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)
4	رقم هاتف العمل التجاري: (الرقم المخصص للجمهور والعملاء)
5	اسم مقدم الطلب ومسماه الوظيفي:
6	عنوان مقدم الطلب:
7	رقم هاتف مقدم الطلب:
8	البريد الإلكتروني لمقدم الطلب:
9	الجهة المالكة للمنشأة: <input type="checkbox"/> جمعية <input type="checkbox"/> شركة <input type="checkbox"/> فرد <input type="checkbox"/> شراكة <input type="checkbox"/> كيان قانوني آخر إذا كانت الجهة المالكة شركة أو شراكة، يرجى ذكر أسماء المسؤولين أو الشركاء، مناصبهم، وعناوينهم السكنية: الاسم المسمى الوظيفي العنوان _____ _____ _____
10	مالك العمل التجاري والمسمى الوظيفي: (اسم الشركة)
11	عنوان مالك العمل التجاري: (عنوان الشركة)
12	الشخص المسؤول مباشرة عن العمليات اليومية (المالك، أو المشرف، أو المدير، أو ما في حكمهم) الاسم والمسمى الوظيفي: العنوان: رقم الهاتف: رقم الهاتف للطوارئ:
13	المشرف الإقليمي أو المشرف على المنطقة (إن وجد) الاسم والمسمى الوظيفي: العنوان: رقم الهاتف:

14 مصدر المياه ونظام تصريف الصرف الصحي:	
15 شركة جمع النفايات / شركة معالجة الشحوم	
16 أيام وساعات العمل:	
<input type="checkbox"/> الأحد الساعات: _____ <input type="checkbox"/> الإثنين الساعات: _____ <input type="checkbox"/> الثلاثاء الساعات: _____ <input type="checkbox"/> الأربعاء الساعات: _____ <input type="checkbox"/> الخميس الساعات: _____ <input type="checkbox"/> الجمعة الساعات: _____ <input type="checkbox"/> السبت الساعات: _____	
17 عدد العاملين في تحضير الأغذية:	
18 اسم الشخص المسؤول الحاصل على شهادة إدارة سلامة الأغذية:	
19 هل لديك موظف مدرب على إجراءات منع الاختناق؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
20 نوع المنشأة	<input type="checkbox"/> البيع بالتجزئة <input type="checkbox"/> خدمة طعام <input type="checkbox"/> خدمة طعام – للطلبات الخارجية <input type="checkbox"/> خدمة طعام – لمؤسسة <input type="checkbox"/> مقدم طعام <input type="checkbox"/> بالقدم المربع <input type="checkbox"/> عدد المقاعد <input type="checkbox"/> عدد الوجبات في اليوم <input type="checkbox"/> عدد الأسرة
توصيل طعام عربية طعام متنقلة مركبة طعام متنقلة قابلة للدخول المخبز مصنع حلويات مثلجة أخرى – يرجى التوضيح:	(يُشمل الموظفون الذين يقدمون الطعام، وليس مجرد تسليم كميات كبيرة منه)

#### الأطعمة الخاضعة للتحكم بالوقت/الحرارة (TCS)

هي الأطعمة التي يجب حفظها خارج نطاق درجة الحرارة الخطرة (من 41 إلى 135 درجة فهرنهايت). ومن أكثر الأمثلة شيوعاً: منتجات اللحوم، البيض، الأسماك والمحار، منتجات الألبان، الكريمة أو الكاسترد، الخضروات المطهية، أطباق البطاطا، النباتات الغنية بالبروتين، البراعم النابتة، الخضروات الورقية المقطعة، الثوم المفروم في الزيت، والشمام أو الطماطم المقطعة.

#### الأطعمة غير الخاضعة للتحكم بالوقت/الحرارة (Non-TCS)

هي الأطعمة التي لا تدعم نمو البكتيريا المسببة للأمراض. ومن أمثلتها: المواد الجافة، الحبوب الجافة، الأطعمة المجففة، البسكويت، الحلوى، الفشار، رقائق البطاطا، والمشروبات الغازية المعلبة.

#### الأطعمة الجاهزة للأكل

هي الأطعمة التي لا تحتاج إلى طبخ أو تسخين قبل التقديم، مثل: السندويشات، السلطات، والمافن.

21	هل تباع أطعمة TCS يتم طهيها حسب الطلب؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
22	هل تقوم بتوصيل الطعام خلال ساعة واحدة من تحضيره؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
23	هل تُحضّر أطعمة TCS لتُحفظ ساخنة أو باردة لتقديمها في وجبة واحدة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
24	هل تُحضّر أطعمة TCS ساخنة يتم طهيها ثم تبريدها أو حفظها ساخنة للتقديم لاحقاً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
25	هل تعيد تسخين أطعمة مصنّعة تجارياً لتقديمها خلال أربع ساعات؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
26	هل تُحضّر أطعمة Non-TCS؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
27	هل تباع أطعمة مُعبأة تجارياً مسبقاً؟ اختر كل ما ينطبق:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
28	هل تُنتج وتعبئ الثلج للبيع بالتجزئة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
29	هل تُنتج وتعبئ العصائر للبيع بالتجزئة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
30	هل تباع منتجات حيوانية نيئة مخصصة لتحضيرها من قبل المستهلكين؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
31	هل تُقدّم أطعمة من أصل حيواني نيئة أو غير مطهية بالكامل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
32	هل تُحضّر وجبات أو أطعمة لتقديمها في مناسبات تمولين أو لمؤسسات خدمية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
33	هل تُحضّر أطعمة لمرافق تقدّم خدماتها لفئات عالية الحساسية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
34	هل تُجري مبيعات تجزئة لأطعمة مُعادة التأهيل أو منتهية الصلاحية أو منقّذة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
35	هل تتيح خدمة ذاتية للعملاء؟ اختر كل ما ينطبق: <input type="checkbox"/> TCS	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
36	هل تستخدم أي عملية تتطلب استثناء خاصاً و/أو خطة HACCP؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
37	هل تقوم بتفريغ الهواء من عبوات الطعام أو بطهي/تبريد المنتجات في الموقع؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

أنا الموقع أدناه، أقرّ بصحة المعلومات الواردة في هذا الطلب، وأؤكد أن تشغيل المنشأة الغذائية سيتوافق مع أحكام 105 CMR 590.000 وجميع القوانين ذات الصلة. كما أقرّ بأن مجلس الصحة قد وجّهني إلى كيفية الحصول على نسخ من 105 CMR 590.000 وقانون الأغذية الفيدرالي لعام 2013 وتحديثه لعام 2015.

توقيع مقدم الطلب:

بموجب القانون العام لولاية Massachusetts، الفصل C62، المادة A49، أصرّح – تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين – بأنني، حسب علمي ومعتقدي، قد قدّمت جميع الإقرارات الضريبية وسدّدت الضرائب المستحقة وفقاً للقانون.

الرقم الفيدرالي للتعريف / رقم EIN: \_\_\_\_\_

توقيع الفرد أو اسم الشركة: \_\_\_\_\_

## كومونولث ماساتشوستس

### إدارة الحوادث الصناعية

### مكتب التحقيقات

### مركز مدينة لافاييت

2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750

www.mass.gov/dia

إقرار تأمين تعويض العمال: للبنانيين / المقاولين / الكهربائيين / السباكين



### معلومات مقدم الطلب

يرجى الكتابة بخط واضح

الاسم (النشاط التجاري / المؤسسة / الفرد):

العنوان:

المدينة / الولاية / الرمز البريدي: رقم الهاتف:

هل أنت صاحب عمل؟ ضع علامة في المربع المناسب:

1. ☐ أنا صاحب عمل ولديّ (دوام كامل و/أو جزئي) \* موظف
2. ☐ أنا مالك منفرد أو شريك في شراكة ولا يوجد لدي أي موظفين يعملون لدي بأي صفة. [لا يُطلب تأمين تعويض العمال].
3. ☐ أنا مالك منزل أقوم بجميع الأعمال بنفسی. [لا يُطلب تأمين تعويض العمال]. †

نوع المشروع (مطلوب تحديده):

6. ☐ إنشاء جديد
7. ☐ تجديد
8. ☐ هدم
9. ☐ إضافة إلى مبنى قائم
10. ☐ إصلاحات أو إضافات كهربائية
11. ☐ إصلاحات أو إضافات سباكة
12. ☐ إصلاحات السقف
13. ☐ غير ذلك

4. ☐ أنا مقاول عام وقد استعنت بالمقاولين الفرعيين المدرجة أسماؤهم في الورقة المرفقة. هؤلاء المقاولون لديهم موظفون لهم الحق في تأمين تعويض العمال. ‡
5. ☐ نحن شركة، وقد مارس مسؤولوها حق الإعفاء بموجب قانون Massachusetts العام، الفصل 152، الفقرة 1§(4)، ولا يوجد لدينا موظفون. [لا يُطلب تأمين تعويض العمال].

\* يجب على أي مقدم طلب وضع علامة في المربع رقم (1) أن يملأ أيضًا القسم أدناه الخاص بمعلومات سياسة تأمين تعويض العمال.

† يجب على مالكي المنازل الذين يقدمون هذا الإقرار موضحين أنهم سيفقدون جميع الأعمال بأنفسهم ثم يستعينون بمقاولين خارجيين، أن يقدموا إقرارًا جديدًا يوضح هذا التغيير.

‡ يجب على المقاولين الذين يضعون علامة في هذا المربع إرفاق ورقة إضافية تتضمن أسماء المقاولين الفرعيين، وبيانًا عما إذا كان لديهم موظفون أم لا. وفي حال كان لدى المقاولين الفرعيين موظفون، يجب عليهم تقديم رقم تأمين تعويض العمال الخاصة بهم.

أنا صاحب عمل أو رقم تأمين تعويض العمل لموظفي. فيما يلي معلومات التأمين وموقع العمل:

اسم شركة التأمين:

رقم التأمين أو رقم ترخيص التأمين الذاتي: تاريخ انتهاء الصلاحية:

عنوان موقع العمل: المدينة / الولاية / الرمز البريدي:

يرجى إرفاق نسخة من صفحة إقرار سياسة تأمين تعويض العمال (التي تُظهر رقم التأمين وتاريخ انتهاء صلاحيتها).

قد يؤدي عدم الحصول على تغطية تأمينية كما هو مطلوب بموجب المادة A25 من الفصل 152 من القوانين العامة لولاية Massachusetts إلى عقوبات جنائية تشمل غرامة تصل إلى 1,500 دولار أمريكي و/أو السجن لمدة سنة واحدة، بالإضافة إلى عقوبات مدنية تتمثل في أمر بوقف العمل وغرامة تصل إلى 250 دولارًا في اليوم على المخالف. يرجى العلم أنه قد يتم إرسال نسخة من هذا البيان إلى مكتب التحقيقات التابع لإدارة الحوادث الصناعية للتحقق من التغطية التأمينية.

أقر بموجب عقوبة الحث باليمين أن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة ودقيقة.

التاريخ:

التوقيع:

رقم الهاتف:

للاستخدام الرسمي فقط يرجى عدم الكتابة في هذا القسم لكي يملأ من قبل المسؤول في المدينة أو البلدة.

المدينة أو البلدة:

رقم التصريح / الرخصة:

الجهة المصدرة (ضع علامة على الخيار المناسب):

1 ☐ مجلس الصحة 2 ☐ إدارة المباني 3 ☐ كاتب المدينة / البلدة 4 ☐ مفتش الكهرباء 5 ☐ مفتش السباكة

6 ☐ غير ذلك

اسم الشخص المسؤول: رقم الهاتف:

# المعلومات والتعليمات

ينص الفصل 152 من القوانين العامة لولاية Massachusetts على أن جميع أصحاب العمل ملزمون بتوفير تأمين تعويض العمال لموظفيهم. وبموجب هذا القانون، يُعرّف **الموظف** بأنه: "كل شخص يعمل في خدمة شخص آخر بموجب عقد توظيف، سواء كان صريحاً أو ضمنيّاً، شفهيّاً أو مكتوباً".

**أما صاحب العمل** فيُعرّف بأنه: "فرد أو شراكة أو جمعية أو شركة أو كيان قانوني آخر، أو أي اثنين أو أكثر من هذه الكيانات يعملون ضمن مشروع مشترك، ويشمل ذلك الممثلين القانونيين لصاحب عمل متوفى، أو المصفي أو الوصي على فرد أو شراكة أو جمعية أو كيان قانوني آخر يقوم بتوظيف موظفين. ومع ذلك، لا يزيد مالك المنزل السكني عدد شققه عن ثلاث شقق ويقيم فيه بنفسه، أو ساكن منزل يملكه شخص آخر ويستعين بأفراد للقيام بأعمال صيانة أو بناء أو إصلاح في ذلك المنزل أو في الأراضي أو المباني الملحقة به، ولا يُعد صاحب عمل بموجب هذا القانون بسبب هذا النوع من التوظيف".

كما ينص الفصل 152، الفقرة §C25(6) على أن: "كل وكالة ترخيص حكومية أو محلية يجب أن تمتنع عن إصدار أو تجديد أي رخصة أو تصريح لتشغيل نشاط تجاري أو لبناء مبانٍ داخل الكومنولث لأي مقدم طلب لم يُقدّم دليلاً مقبولاً على أمثاله لمتطلبات التأمين المنصوص عليها". وبالإضافة إلى ذلك، تنص الفقرة §C25(7) من القانون نفسه على أن: "لا يجوز للكومنولث أو لأي من فروعه السياسية إبرام أي عقد لتنفيذ أعمال عامة ما لم يُقدّم إلى الجهة المتعاقدة دليل مقبول يثبت الامتثال لمتطلبات التأمين المنصوص عليها في هذا الفصل".

## مقدمو الطلبات

يُرجى استكمال ملء إقرار تأمين تعويض العمال بالكامل، وذلك من خلال وضع علامة في المربعات التي تنطبق على وضعك، وإذا لزم الأمر، إرفاق أسماء وعناوين وأرقام هواتف المقاولين الفرعيين إلى جانب شهادات التأمين الخاصة بهم. لا تلتزم الشركات ذات المسؤولية المحدودة (LLC) أو الشركات التضامنية محدودة المسؤولية (LLP) التي لا تضم موظفين بخلاف الأعضاء أو الشركاء بتوفير تأمين تعويض العمال. أما إذا كانت الشركات ذات المسؤولية المحدودة أو الشركات التضامنية محدودة المسؤولية لديها موظفون، فيتوجب عليها الحصول على تأمين. يُرجى العلم أن هذا الإقرار قد يُحال إلى إدارة الحوادث الصناعية للتحقق من التغطية التأمينية. **كما يجب توقيع الإقرار وتدوين التاريخ قبل تقديمه.** يجب إعادة الإقرار إلى المدينة أو البلدة التي يُقدّم فيها طلب التصريح أو الترخيص، وليس إلى إدارة الحوادث الصناعية. إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص القانون أو حول ما إذا كنت مُلزماً بالحصول على تأمين تعويض العمال، يُرجى الاتصال بالإدارة على الرقم المذكور أدناه. أما الشركات التي تؤمن نفسها ذاتياً، فيجب أن تُدرج رقم ترخيص التأمين الذاتي في الخانة المخصصة لذلك.

## مسؤولو المدن أو البلديات

يُرجى التأكد من أن الإقرار مكتمل ومكتوب بخط واضح ومقروء. وقد خصصت الإدارة قسم في أسفل الإقرار لتقوموا بملأه في حال احتاج مكتب التحقيقات إلى التواصل معكم بخصوص مقدم الطلب. يُرجى التأكد من إدخال رقم التصريح أو الترخيص، إذ سيتم استخدامه كرقم مرجعي. أما بالنسبة لأي متقدم يحتاج إلى تقديم عدة طلبات تصاريح أو تراخيص خلال السنة نفسها، يكفي تقديم إقرار واحد يوضح معلومات التأمين الحالية (إذا لزم الأمر)، ويُكتب في خانة عنوان موقع العمل العبارة التالية: "جميع المواقع في \_\_\_\_\_ (اسم المدينة أو البلدة)". يجوز تزويد مقدم الطلب بنسخة من الإقرار مختومة رسمياً من قبل المدينة أو البلدة لُتستخدم كدليل على أن إقراراً ساري المفعول محفوظ في السجلات لاستخدامه في طلبات التصاريح أو التراخيص المستقبلية. يجب ملء إقرار جديد كل عام. أما إذا كان مالك منزل أو أحد المواطنين يتقدم للحصول على ترخيص أو تصريح لا علاقة له بأي عمل تجاري أو مهني (مثل ترخيص كلب أو تصريح لحرق أوراق الشجر وغيرها)، فإنه غير مُلزم بملء هذا الإقرار.

يُعبّر مكتب التحقيقات عن شكره المسبق لتعاونكم، وإذا كانت لديكم أي استفسارات، يرجى عدم التردد في الاتصال بنا.

عنوان ورقم هاتف وفاكس الإدارة:

كومنولث Massachusetts

إدارة الحوادث الصناعية

مكتب التحقيقات

Lafayette City Center, 2 Avenue de Lafayette

Boston, MA 02111-1750

الهاتف: (617) 727-4900 أو 1-877-MASSAFE

فاكس: (617) 727-7749

www.mass.gov/dia

تم التحديث في يوليو 2019