

إجراءات التقدم للحصول على استمارة طلب تصريح منشأة غذائية



حضورياً فقط، وبموعد مسبق

القسم الأول – مراجعة المخططات

اً ببدأ من هنا إذا انتطبق أحد البنود التالية: (إذا لم تتطبق أحد البنود التالية، انتقل إلى القسم الثاني)

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

الخطوات:	المستندات المطلوبة:
<ol style="list-style-type: none"> 1. تأكّد من جمع واستكمال جميع المستندات والمعلومات المطلوبة أعلاه 2. حدد موعداً لمراجعة المخططات مع إدارة خدمات التفتيش (ISD) عبر الاتصال بالرقم 617-635-5326 أو المراسلة على ISDHealth@boston.gov 3. أحضر جميع المستندات مطبوعة ومكتملة في الموعد المحدد، إلى جانب سداد الرسوم المقررة 	<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 <input type="checkbox"/> معتمدة من NSF/UL أو ما يعادلها <input type="checkbox"/> قائمة الطعام <input type="checkbox"/> رسوم الطلب

حضورياً أو عبر البريد الإلكتروني

القسم الثاني – التقدم للحصول على التصريح

اً ببدأ من هنا إذا انتطبق أحد البنود التالية:

- مطعم قائم دون تغييرات
- تغيير في الملكية

الخطوات:	المستندات المطلوبة:
<ol style="list-style-type: none"> 1. تأكّد 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 www.boston.gov/departments/inspectional-services 3. حدد موعداً مع إدارة خدمات التفتيش (ISD) عبر الاتصال بالرقم 617-635-5326 أو المراسلة على ISDHealth@boston.gov 	<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

استمارة طلب تصريح منشأة غذائية



للاستخدام الرسمي من قبل مجلس الصحة فقط

الرسوم	رقم التصريح الصادر	تمت الموافقة من قبل	تاريخ التفتيش	تاريخ الاستلام

1 اسم النشاط التجاري:	(الاسم الذي يظهر للعامة على واجهة المنشأة - مثل "ماكتونالز" ، وليس "شركة ماكتونالز")			
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	العنوان	المسمي الوظيفي	
10 مالك العمل التجاري والمسماه الوظيفي:	(اسم الشركة)			
11 عنوان مالك العمل التجاري:	(عنوان الشركة)			
12 الشخص المسؤول مباشره عن العمليات اليومية	(المالك، أو المشرف، أو المدير، أو ما في حكمهم)			
الاسم والمسماه الوظيفي:				
العنوان:				
رقم الهاتف:				
رقم الهاتف للطوارئ:				
13 المشرف الإقليمي أو المشرف على المنطقة (إن بحده)				
الاسم والمسماه 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: <small>يرجى إرفاق نسخة من الشهادة</small>			
19 هل لديك موظف مدرب على إجراءات منع الاختناق؟ <small>(مطلوب في حال وجود 25 مفعلاً أو أكثر)</small>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
20 نوع المنشأة <small>(حدد كل ما ينطبق)</small>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> توصيل طعام <input type="checkbox"/> عربة طعام متنقلة <small>(مثل: العربية اليدوية)</small> <input type="checkbox"/> مركبة طعام متنقلة قابلة للدخول <small>(مثل: شاحنة أو مقطورة طعام)</small> <input type="checkbox"/> المخبز <input type="checkbox"/> مصنع حلويات مঠجة <input type="checkbox"/> آخر - يرجى التوضيح: <hr/> <hr/> <hr/> </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> بالقدم المربع <small>عدد المقاعد</small> <hr/> <input type="checkbox"/> البيع بالتجزئة <small>خدمة طعام</small> <hr/> <input type="checkbox"/> خدمة طعام - للطلاب الخارجيين <small>خدمة طعام - لمؤسسة</small> <hr/> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> عدد الوجبات في اليوم <small>عدد الأسرة</small> <input type="checkbox"/> مقدم طعام <small>(يشمل الموظفين الذين يقمنون الطعام، وليس مجرد تسليم كميات كبيرة منه)</small></p>	<input type="checkbox"/> توصيل طعام <input type="checkbox"/> عربة طعام متنقلة <small>(مثل: العربية اليدوية)</small> <input type="checkbox"/> مركبة طعام متنقلة قابلة للدخول <small>(مثل: شاحنة أو مقطورة طعام)</small> <input type="checkbox"/> المخبز <input type="checkbox"/> مصنع حلويات مঠجة <input type="checkbox"/> آخر - يرجى التوضيح: <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> بالقدم المربع <small>عدد المقاعد</small> <hr/> <input type="checkbox"/> البيع بالتجزئة <small>خدمة طعام</small> <hr/> <input type="checkbox"/> خدمة طعام - للطلاب الخارجيين <small>خدمة طعام - لمؤسسة</small> <hr/>
<input type="checkbox"/> توصيل طعام <input type="checkbox"/> عربة طعام متنقلة <small>(مثل: العربية اليدوية)</small> <input type="checkbox"/> مركبة طعام متنقلة قابلة للدخول <small>(مثل: شاحنة أو مقطورة طعام)</small> <input type="checkbox"/> المخبز <input type="checkbox"/> مصنع حلويات مঠجة <input type="checkbox"/> آخر - يرجى التوضيح: <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> بالقدم المربع <small>عدد المقاعد</small> <hr/> <input type="checkbox"/> البيع بالتجزئة <small>خدمة طعام</small> <hr/> <input type="checkbox"/> خدمة طعام - للطلاب الخارجيين <small>خدمة طعام - لمؤسسة</small> <hr/>		

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 النباتية، 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 المسئولة للأمراض. ومن أمثلتها: المواد الجافة، الحبوب الجافة، الأطعمة المجففة، البسكويت، الحلوي، الفشار، رقائق البطاطا، والمشروبات الغازية المعلبة.

الأطعمة الجاهزة للأكل

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

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	21 هل تبيع أطعمة TCS يتم طهيها حسب الطلب؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	22 هل تقوم بتوصيل الطعام خلال ساعة واحدة من تحضيره؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	23 هل تُحضر أطعمة TCS لتحفظ ساخنة أو باردة لتقديمها في وجبة واحدة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	24 هل تُحضر أطعمة TCS ساخنة يتم طهيها ثم تبریدها أو حفظها ساخنة لتقديم لاحقاً؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	25 هل تعيد تسخين أطعمة مصنعة تجاريًا لتقديمها خلال أربع ساعات؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	26 هل تُحضر أطعمة Non-TCS؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	27 هل تبيع أطعمة مُعبأة تجاريًا مسبقاً؟ اختر كل ما ينطبق:
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	28 هل تُنتج وتعُبَّى الثلاج للبيع بالتجزئة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	29 هل تُنتج وتعُبَّى العصائر للبيع بالتجزئة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	30 هل تبيع منتجات حيوانية نيئة مخصصة لتحضيرها من قبل المستهلكين؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	31 هل تُقدم أطعمة من أصل حيواني نيء أو غير مطوية بالكامل؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	32 هل تُحضر وجبات أو أطعمة لتقديمها في مناسبات تموين أو لمؤسسات خدمية؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	33 هل تُحضر أطعمة لمرافق تقدم خدماتها لفئات عالية الحساسية؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	34 هل تُجري مبيعات تجزئة لأطعمة مُعاددة التأهيل أو منتهية الصلاحية أو منفدة؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	35 هل تتيح خدمة ذاتية للعملاء؟ اختر كل ما ينطبق: TCS <input type="checkbox"/>
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	36 هل تستخدم أي عملية تتطلب استثناء خاصاً وأو خطة HACCP؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	37 هل تقوم بتفريغ الهواء من عبوات الطعام أو بطيئ/تبريد المنتجات في الموقع؟

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

توقيع مقدم الطلب:

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

الرقم الفيدرالي للتعريف / رقم EIN:

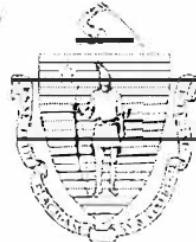
توقيع الفرد أو اسم الشركة:

كونموث
Massachusetts
ادارة الحوادث الصناعية
مكتب التحقيقات
مركز مدينة لافاييت

2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750

www.mass.gov/dia

اقرار تأمين تعويض العمال: للبنائين / المقاولين / الكهربائيين / السباكيين



يرجى الكتابة بخط واضح

معلومات مقدم الطلب

الاسم (النشاط التجاري / المؤسسة / الفرد): _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____ المدينة / الولاية / الرمز البريدي: _____

نوع المشروع (مطلوب تحديده):

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> إنشاء جديد | .6 |
| <input type="checkbox"/> تجديد | .7 |
| <input type="checkbox"/> هدم | .8 |
| <input type="checkbox"/> إضافة إلى مبني قائم | .9 |
| <input type="checkbox"/> إصلاحات أو إضافات كهربائية | .10 |
| <input type="checkbox"/> إصلاحات أو إضافات سباكة | .11 |
| <input type="checkbox"/> إصلاحات السقف | .12 |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك | .13 |

هل أنت صاحب عمل؟ ضع علامة في المربع المناسب:

1. أنا صاحب عمل ولدي موظف (دوام كامل وأو جزئي).*
2. أنا مالك منفرد أو شريك في شراكة ولا يوجد لدى أي موظفين يعملون لدى بأي صفة [لا يطلب تأمين تعويض العمال].
3. أنا مالك منزل أقوم بجميع الأعمال بنفسي. [لا يطلب تأمين تعويض العمال].†

4. أنا مقاول عام وقد استعنت بالمقاولين الفرعين 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 يطلب تأمين تعويض العمال].

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

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

‡ يجب على المقاولين الذين يضعون علامة في هذا المربع إرفاق ورقة إضافية تتضمن أسماء المقاولين الفرعين، وببياناً عما إذا كان لديهم موظفون، يجب عليهم تقديم رقم تأمين تعويض العمال الخاصة بهم.

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

اسم شركة التأمين: _____

رقم التأمين أو رقم ترخيص التأمين الذاتي: _____

عنوان موقع العمل: _____

تاريخ انتهاء الصلاحية: _____

المدينة / الولاية / الرمز البريدي: _____

يرجى إرفاق نسخة من صفحة إقرار سياسة تأمين تعويض العمال (التي تظهر 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 وأو السجن لمدة سنة واحدة، بالإضافة إلى عقوبات مدنية تتمثل في أمر بوقف العمل وغرامة تصل إلى 250 دولاراً 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.

اقرر بموجب عقوبة الحبس باليمين أن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة ودقيقة.

التاريخ: _____

التوقيع: _____

رقم الهاتف: _____

لل استخدام الرسمي فقط يرجى عدم الكتابة في هذا القسم لكي يملاً من قبل المسؤول في المدينة أو البلدة.

المدينة أو البلدة: _____

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، يُعرف **الموظف** بأنه: "كل شخص يعمل في خدمة شخص آخر بموجب عقد توظيف، سواء كان صريحاً أو ضمنياً، شفهياً أو مكتوباً".

أما أصحاب **العمل** فيُعرف 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 الممتنين القانونيين لصاحب عمل متوفى، أو المصنفي 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 ثلاثة شقق ويقيم فيه بنفسه، أو ساكن منزل يملكه شخص آخر ويستعين بأفراد للقيام بأعمال صيانة أو بناء أو إصلاح في ذلك المنزل أو في الأرضي 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 تمنع عن إصدار أو تجديد أي رخصة أو تصريح لتشغيل نشاط تجاري أو لبناء مبانٍ داخل الكونموث لأي مقدم طلب لم يقدم دليلاً مقبولاً على امتثاله لمتطلبات التأمين المنصوص عليها". وبالإضافة إلى ذلك، تنص الفقرة C25§(7) من القانون نفسه على أن: "لا يجوز للكونموث أو لأي من فروعه السياسية إبرام أي عقد لتنفيذ أعمال عامة ما لم يقدم إلى الجهة المتعاقدة دليلاً مقبولاً 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 تتطابق على وضعك، وإذا لزم الأمر، إرفاق أسماء وعناوين وأرقام هواتف المقاولين الفرعين إلى جانب شهادات التأمين الخاصة بهم. لا تلتزم الشركات ذات المسئولية المحدودة (LLC) أو الشركات التضامنية محدودة المسئولية (LLP) التي لا تضم موظفين بخلاف الأعضاء أو الشركاء بتوفير تأمين تعويض العمال. أما إذا كانت الشركات ذات المسئولية المحدودة أو الشركات التضامنية محدودة المسئولية 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 يُقدم فيها طلب التصريح أو الترخيص، وليس إلى إدارة الحوادث الصناعية. إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص القانون أو حول ما إذا كنت ملزماً بالحصول على تأمين تعويض العمال، يُرجى الاتصال بالإدارة على الرقم المذكور أدناه. أما الشركات التي تؤمن نفسها ذاتياً، فيجب أن تدرج رقم ترخيص التأمين الذاتي في الخانة المخصصة لذلك.

مسؤولو المدن أو البلديات

يُرجى التأكيد من أن الإقرار مكتمل ومكتوب بخط واضح ومقروء. وقد خصصت الإدارة قسم في أسفل الإقرار لتقديمها بملاهٍ في حال احتاج مكتب التحقيقات إلى التواصل معكم بخصوص مقدم الطلب. يُرجى التأكيد 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، فيكتبه تقديم إقرار واحد يوضح معلومات التأمين الحالية (إذا لزم الأمر)، وينكتب 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 لاستخدامه كدليل على أن إقراراً سارياً المفعول محفوظ في السجلات لاستخدامه في طلبات التصاريح أو التراخيص المستقبلية. يجب ملء إقرار جيد كل عام. أما إذا كان مالك منزل أو أحد المواطنين يتقدم للحصول على ترخيص أو تصريح لا علاقة له بأي عمل تجاري أو مهني (مثلاً ترخيص كلب أو تصريح لحرق أوراق الشجر وغيرها)، فإنه غير ملزماً بملء هذا الإقرار.

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

عنوان ورقم هاتف وفاكس الإداراة:

Massachusetts
إدارة الحوادث الصناعية
مكتب التحقيقات

Lafayette City Center, 2 Avenue de Lafayette
Boston, MA 02111-1750

الهاتف: 1-877-MASSAFE (617) 727-4900 أو (617) 727-7749
فاكس: www.mass.gov/dia

تم التحديث في يوليو 2019