



## إجراءات التقدّم بطلب الحصول على تصريح منشأة غذائية

حضورياً أو إلكترونياً عبر البريد الإلكتروني

### القسم 1 – التقدّم بطلب للحصول على تصريح

⇨ يجب على كل منشأة الحصول على تصريح منشأة غذائية واجتياز عملية تفتيش قبل السماح لها بتقديم الطعام للجمهور.

المستندات والمتطلبات اللازمة:	الخطوات:
<input type="checkbox"/> نموذج طلب الحصول على تصريح منشأة غذائية <input type="checkbox"/> إقرار تأمين تعويضات العمال <input type="checkbox"/> رقم التعريف الضريبي الفيدرالي (EIN) <input type="checkbox"/> شهادة مدير حماية الأغذية (CFPM)	1. تأكد من جمع واستكمال جميع المواد والمستندات والمعلومات المذكورة أعلاه. يمكنك إحضار المستندات معك إلى موعدك أو إرسالها عبر البريد الإلكتروني مسبقاً. 2. حدّد موعداً مع ISD Health من خلال الاتصال على الرقم <b>617-635-5326</b> أو عبر البريد الإلكتروني <b>ISDHealth@boston.gov</b>

حضورياً، وبموعد مسبق فقط

### القسم 2 – مراجعة الخطة

⇨ إضافة إلى الحصول على تصريح منشأة غذائية واجتياز التفتيش، ستحتاج إلى مراجعة الخطة إذا انطبقت أي من الحالات التالية:

- إنشاء مطعم جديد
- تنفيذ أعمال إنشاء أو تجديد أو تعديل في تخطيط منشأة قائمة
- تركيب معدات جديدة أو إدخال تعديلات على قائمة الطعام

المستندات والمتطلبات اللازمة:	الخطوات:
<input type="checkbox"/> ورقة عمل مراجعة الخطة <input type="checkbox"/> نسختان من المخططات المعمارية (مرسومة بمقياس رسم) <input type="checkbox"/> مواصفات المعدات (معمدة من NSF/UL أو ما يعادلها) <input type="checkbox"/> قائمة الطعام <input type="checkbox"/> رسوم الدفع	1. تأكد من جمع واستكمال جميع المواد والمستندات والمعلومات المذكورة 2. حدّد موعداً لمراجعة الخطة مع ISD Health عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني 3. أحضر جميع المستندات المطبوعة والمكتملة إلى موعدك المحدد، إضافة إلى سداد الرسوم المقررة 4. أثناء جلسة مراجعة الخطة، سيراجع الموظفون مواصفات منشأتك الغذائية وقائمة الطعام 5. بعد الانتهاء من مراجعة الخطة، أحضر الخطط المختومة إلى قسم المباني في ISD لمراجعتها وتقديم الإرشادات بشأن التصاريح الإضافية المطلوبة

1010 Massachusetts Ave, 4th Floor, Boston MA 02118

الهاتف: (617) 635-5326 الفاكس: (617) 635-5388 البريد الإلكتروني: ISDHealth@boston.gov الموقع الإلكتروني: www.boston.gov



## إجراءات التقدّم بطلب الحصول على تصريح منشأة غذائية

القسم 3 – التفتيش قبل الافتتاح

حضورياً، وبموعد مسبق فقط

قبل أن تتمكن من فتح المنشأة للجمهور، يجب عليك اجتياز تفتيش ما قبل الافتتاح. إضافةً إلى تفتيش ما قبل الافتتاح، تخضع المنشآت الغذائية للتفتيش مرةً إلى ثلاث مرات سنويًا.

الخطوات:	المستندات والمتطلبات اللازمة:
<p>1. حدّد موعدًا لتفتيش ما قبل الافتتاح مع ISD Health من خلال الاتصال على الرقم <b>617-635-5326</b> أو عبر البريد الإلكتروني <b>ISDHealth@boston.gov</b></p> <p>2. في وقت التفتيش، يجب أن تكون جميع الاستعدادات مكتملة وجاهزة لتشغيل نشاطك التجاري. يجب أن تكون جميع الاستعدادات مكتملة بالكامل، بحيث تصبح جاهزًا لتقديم الخدمة لأول عميل مباشرة بعد انتهاء التفتيش.</p>	<p><input type="checkbox"/> سداد جميع الرسوم</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة مسببات الحساسية</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة شغل المبنى (CO)</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة التفتيش (CI)</p> <p><input type="checkbox"/> رخصة تقديم الطعام (CV)</p> <p>(إن وجدت)</p>

هل تحتاج إلى مساعدة؟

تواصل مع ISD Health لأي استفسارات أو مخاوف عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني.

سيقابل أحد الموظفين أصحاب الأعمال، ويشرح الإجراءات بما يتناسب مع كل حالة، ويقدم المساعدة لفهم المتطلبات بشكل أوضح.

الهاتف: (617) 635-5326

الفاكس: (617) 635-5388

البريد الإلكتروني: ISDHealth@boston.gov

قسم التفتيش الصحي

.1010 Massachusetts Ave

Boston, MA 02118

ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 4 مساءً



## 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: <i>(الاسم الذي يظهر للعامة على واجهة المنشأة - مثل "ماكدونالدز"، وليس "شركة ماكدونالدز")</i>
2	عنوان العمل التجاري: <i>(العنوان الفعلي للمنشأة كما يظهر للعامة)</i>
3	عنوان المراسلات التجارية: <i>(إذا كان مختلفًا عن العنوان أعلاه)</i>
4	رقم هاتف العمل التجاري: <i>(الرقم المخصص للمهبر والعملاء)</i>
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، يُرجى ذكر أسماء المسؤولين أو الشركاء، مناصبهم، وعناوينهم السكنية: الاسم                      المسمى الوظيفي                      العنوان _____ _____ _____
10	مالك العمل التجاري والمسمى الوظيفي: <i>(اسم الشركة)</i>
11	عنوان مالك العمل التجاري: <i>(عنوان الشركة)</i>
12	الشخص المسؤول مباشرة عن العمليات اليومية <i>(المالك، أو المشرف، أو المدير، أو ما في حكمهم)</i>
	الاسم والمسمى الوظيفي:
	العنوان:
	رقم الهاتف:
	رقم الهاتف للطوارئ:
13	المشرف الإقليمي أو المشرف على المنطقة <i>(إن وجد)</i>
	الاسم والمسمى الوظيفي:
	العنوان:
	رقم الهاتف:

14 مصدر المياه ونظام تصريف الصرف الصحي:	
15 شركة جمع النفايات / شركة معالجة الشحوم	
16 أيام وساعات العمل:	
_____ الأحد الساعات: <input type="checkbox"/>	_____ الإثنين <input type="checkbox"/>
_____ الساعات: <input type="checkbox"/>	_____ الثلاثاء <input type="checkbox"/>
_____ الساعات: <input type="checkbox"/>	_____ الأربعاء <input type="checkbox"/>
_____ الساعات: <input type="checkbox"/>	_____ الخميس <input type="checkbox"/>
_____ الساعات: <input type="checkbox"/>	_____ الجمعة <input type="checkbox"/>
_____ الساعات: <input type="checkbox"/>	_____ السبت <input type="checkbox"/>
17 عدد العاملين في تحضير الأغذية:	
18 اسم الشخص المسؤول الحاصل على شهادة إدارة سلامة الأغذية: <i>يرجى إرفاق نسخة من الشهادة</i>	
19 هل لديك موظف مدرب على إجراءات منع الاختناق؟ <i>(مطلوب في حال وجود 25 مقعداً أو أكثر)</i>	
نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
20 نوع المنشأة <i>(حدد كل ما ينطبق)</i>	
<input type="checkbox"/> توصيل طعام	<input type="checkbox"/> البيع بالتجزئة
<input type="checkbox"/> عربية طعام متنقلة <i>(مثل العربية البيوتية)</i>	<input type="checkbox"/> خدمة طعام
<input type="checkbox"/> مركبة طعام متنقلة قابلة للدخول <i>(مثل: شاحنة أو مقطورة طعام)</i>	<input type="checkbox"/> خدمة طعام – للطلبات الخارجية
<input type="checkbox"/> المخبز	<input type="checkbox"/> خدمة طعام – لمؤسسة
<input type="checkbox"/> مصنع حلويات مثلجة	<input type="checkbox"/> عدد الوجبات في اليوم _____
<input type="checkbox"/> أخرى – يرجى التوضيح: _____	<input type="checkbox"/> عدد الأسرة _____
_____	<input type="checkbox"/> مقدم طعام <i>(يشمل الموظفين الذين يقدمون الطعام، وليس مجرد تسليم كميات كبيرة منه)</i>
_____	
_____	

#### 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 النيئة، 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 تتبع 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 تتبع 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 تتبع 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 منقّدة؟	<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 استثناءً 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

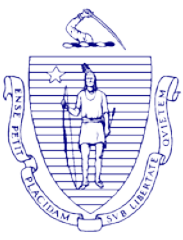
أنا الموقع أدناه، أقرّ بصحة المعلومات الواردة في هذا الطلب، وأؤكد أن تشغيل المنشأة الغذائية سيتوافق مع أحكام 105 CMR 590.000 وجميع القوانين ذات الصلة. كما أقرّ بأن مجلس الصحة قد وجّهني إلى كيفية الحصول على نسخ من 105 CMR 590.000 وقانون الأغذية الفيدرالي لعام 2013 وتحديثه لعام 2015.

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: \_\_\_\_\_



**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**

**Workers' Compensation Insurance Affidavit: General Businesses**

**Applicant Information**

**Please Print Legibly**

Business/Organization Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**Are you an employer? Check the appropriate box:**

- 1.  I am a employer with \_\_\_\_\_ employees (full and/ or part-time).\*
- 2.  I am a sole proprietor or partnership and have no employees working for me in any capacity. [No workers' comp. insurance required]
- 3.  We are a corporation and its officers have exercised their right of exemption per c. 152, §1(4), and we have no employees. [No workers' comp. insurance required]\*\*
- 4.  We are a non-profit organization, staffed by volunteers, with no employees. [No workers' comp. insurance req.]

**Business Type (required):**

- 5.  Retail
- 6.  Restaurant/Bar/Eating Establishment
- 7.  Office and/or Sales (incl. real estate, auto, etc.)
- 8.  Non-profit
- 9.  Entertainment
- 10.  Manufacturing
- 11.  Health Care
- 12.  Other \_\_\_\_\_

\*Any applicant that checks box #1 must also fill out the section below showing their workers' compensation policy information.

\*\*If the corporate officers have exempted themselves, but the corporation has other employees, a workers' compensation policy is required and such an organization should check box #1.

***I am an employer that is providing workers' compensation insurance for my employees. Below is the policy information.***

Insurance Company Name: \_\_\_\_\_

Insurer's Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Policy # or Self-ins. Lic. # \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_

**Attach a copy of the workers' compensation policy declaration page (showing the policy number and expiration date).**

Failure to secure coverage as required under § 25A of MGL c. 152 can lead to the imposition of criminal penalties of a fine up to \$1,500.00 and/or one-year imprisonment, as well as civil penalties in the form of a STOP WORK ORDER and a fine of up to \$250.00 a day against the violator. Be advised that a copy of this statement may be forwarded to the Office of Investigations of the DIA for insurance coverage verification.

***I do hereby certify, under the pains and penalties of perjury that the information provided above is true and correct.***

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

**Official use only. Do not write in this area, to be completed by city or town official.**

**City or Town:** \_\_\_\_\_ **Permit/License #** \_\_\_\_\_

**Issuing Authority (check one):**

- 1. Board of Health    2. Building Department    3. City/Town Clerk    4. Licensing Board
- 5. Selectmen's Office    6. Other \_\_\_\_\_

**Contact Person:** \_\_\_\_\_ **Phone #:** \_\_\_\_\_

# Information and Instructions

Massachusetts General Laws chapter 152 requires all employers to provide workers' compensation for their employees. Pursuant to this statute, an *employee* is defined as "...every person in the service of another under any contract of hire, express or implied, oral or written."

An *employer* is defined as "an individual, partnership, association, corporation or other legal entity, or any two or more of the foregoing engaged in a joint enterprise, and including the legal representatives of a deceased employer, or the receiver or trustee of an individual, partnership, association or other legal entity, employing employees. However, the owner of a dwelling house having not more than three apartments and who resides therein, or the occupant of the dwelling house of another who employs persons to do maintenance, construction or repair work on such dwelling house or on the grounds or building appurtenant thereto shall not because of such employment be deemed to be an employer."

MGL chapter 152, §25C(6) also states that "**every state or local licensing agency shall withhold the issuance or renewal of a license or permit to operate a business or to construct buildings in the commonwealth for any applicant who has not produced acceptable evidence of compliance with the insurance coverage required.**" Additionally, MGL chapter 152, §25C(7) states "Neither the commonwealth nor any of its political subdivisions shall enter into any contract for the performance of public work until acceptable evidence of compliance with the insurance requirements of this chapter have been presented to the contracting authority."

---

## Applicants

Please fill out the workers' compensation affidavit completely, by checking the boxes that apply to your situation and, if necessary, supply your insurance company's name, address and phone number along with a certificate of insurance. Limited Liability Companies (LLC) or Limited Liability Partnerships (LLP) with no employees other than the members or partners, are not required to carry workers' compensation insurance. If an LLC or LLP does have employees, a policy is required. Be advised that this affidavit may be submitted to the Department of Industrial Accidents for confirmation of insurance coverage. **Also be sure to sign and date the affidavit.** The affidavit should be returned to the city or town that the application for the permit or license is being requested, **not** the Department of Industrial Accidents. Should you have any questions regarding the law or if you are required to obtain a workers' compensation policy, please call the Department at the number listed below. Self-insured companies should enter their self-insurance license number on the appropriate line.

---

## City or Town Officials

Please be sure that the affidavit is complete and printed legibly. The Department has provided a space at the bottom of the affidavit for you to fill out in the event the Office of Investigations has to contact you regarding the applicant. Please be sure to fill in the permit/license number which will be used as a reference number. In addition, an applicant that must submit multiple permit/license applications in any given year, need only submit one affidavit indicating current policy information (if necessary). A copy of the affidavit that has been officially stamped or marked by the city or town may be provided to the applicant as proof that a valid affidavit is on file for future permits or licenses. A new affidavit must be filled out each year. Where a home owner or citizen is obtaining a license or permit not related to any business or commercial venture (i.e. a dog license or permit to burn leaves etc.) said person is NOT required to complete this affidavit.

The Office of Investigations would like to thank you in advance for your cooperation and should you have any questions, please do not hesitate to give us a call.

---

The Department's address, telephone and fax number:

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

Tel. (857) 321-7406 or 1-877-MASSAFE

Fax (617) 727-7749

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