



## Порядок подачи заявления на получение разрешения для предприятия общественного питания

### Раздел 1 – Заявление на разрешение

Лично или по электронной почте

Каждое предприятие общественного питания обязано получить Разрешение на осуществление деятельности предприятия общественного питания (Food Establishment Permit) и пройти инспекционную проверку до начала обслуживания посетителей.

Необходимые документы:	Этапы:
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Заявление на получение разрешения на предприятие общественного питания (Food Establishment Permit Application)</li><li><input type="checkbox"/> Аффидевит о страховании работников от несчастных случаев на производстве (Worker's Comp Insurance Affidavit)</li><li><input type="checkbox"/> Федеральный налоговый идентификационный номер (EIN Number)</li><li><input type="checkbox"/> Сертификат менеджера по безопасности пищевой продукции (Food Protection Manager Certificate)</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Убедитесь, что вы собрали и заполнили все необходимые документы и предоставили всю требуемую информацию. Документы можно принести на назначенную встречу либо направить заранее по электронной почте.</li><li>2. Запишитесь на прием в Департамент по надзору в сфере услуг (ISD Health) по телефону <b>617-635-5326</b> или по электронной почте <b>ISDHealth@boston.gov</b></li></ol>

### Раздел 2 – Проверка и согласование проекта

Лично или по электронной почте

⇒ Помимо получения разрешения и прохождения инспекции, вам потребуется проверка и согласование проекта, если выполняется хотя бы одно из следующих условий:

- строится новый ресторан
- выполняются строительные работы, реконструкция или изменение планировки существующего заведения
- устанавливается новое оборудование или вносятся изменения в меню

Необходимые документы:	Этапы:
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Форма проверки и согласования проекта</li><li><input type="checkbox"/> 2 экземпляра поэтажного плана помещения (в масштабе)</li><li><input type="checkbox"/> Технические характеристики оборудования (сертификация NSF/UL или эквивалентная)</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 необходимые документы и предоставили всю требуемую информацию.</li><li>2. Запишитесь на прием для проверки проекта в Департамент по надзору в сфере услуг по телефону или электронной почте.</li><li>3. Принесите на прием все перечисленные документы в распечатанном и заполненном виде, а также оплату установленных сборов.</li><li>4. В ходе проверки проекта сотрудники рассмотрят характеристики вашего предприятия и предлагаемое меню.</li><li>5. После завершения проверки проекта представьте заверенные (штампованные) планы в подразделение Департамента по надзору в сфере услуг для дальнейшего рассмотрения и получения рекомендаций относительно дополнительных разрешений, которые могут потребоваться.</li></ol>



**Порядок подачи заявления на получение  
разрешения для предприятия общественного питания**

**Раздел 3 – Инспекционная проверка перед открытием**

*Лично, только по предварительной записи*

⇒ До открытия предприятия для посетителей необходимо успешно пройти инспекционную проверку. Помимо проверки перед открытием, предприятия общественного питания проходят плановые инспекции от 1 до 3 раз в год.

<b>Необходимые документы:</b>	<b>Этапы:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Все установленные сборы оплачены</li><li><input type="checkbox"/> Сертификат по контролю аллергенов (Allergen certificate)</li><li><input type="checkbox"/> Свидетельство о праве пользования (Certificate of Occupancy)</li><li><input type="checkbox"/> Свидетельство о проверке (Certificate of Inspection)</li><li><input type="checkbox"/> Обычная лицензия на оказание услуг общественного питания (Common Victualler License) <i>(если применимо)</i></li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Запишитесь на инспекционную проверку перед открытием предприятия в Департаменте по надзору в сфере услуг по телефону <b>617-635-5326</b> или по электронной почте <b>ISDHealth@boston.gov</b></li><li>2. На момент проведения инспекционной проверки ваше предприятие должно быть полностью готово к осуществлению деятельности. Предприятие должно находиться в состоянии полной готовности к началу обслуживания посетителей, чтобы сразу после завершения проверки и ухода инспектора вы могли принять своего первого клиента.</li></ol>

***Нужна помощь?***

По всем вопросам или для получения дополнительной информации обращайтесь в Департамент по надзору в сфере услуг по телефону или электронной почте.

Сотрудники Департамента проведут консультацию для владельцев бизнеса, разъяснят порядок действий с учетом конкретной ситуации и помогут определить, какие документы, разрешения и процедуры потребуются для открытия предприятия.

**Тел.:** (617) 635-5326

**Факс:** (617) 635-5388

**Адрес электронной почты:** [ISDHealth@boston.gov](mailto:ISDHealth@boston.gov)

**Отдел инспекций в сфере здравоохранения**

**1010, Массачусетс-авеню**

**г. Бостон, штат Массачусетс 02118 США (1010 Massachusetts Ave. Boston, MA 02118)**

Часы работы: с понедельника по пятницу, с 8:00 до 16:00.



## Получение разрешения на открытие предприятия общественного питания

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

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

14 Компания по переработке сточных вод:	
15 Компания по переработке мусора / Компания по переработке (жира)	
16 Дни и часы работы:	
<input type="checkbox"/>	Часы работы в воскресенье: _____
<input type="checkbox"/>	Понедельник Часы работы: _____
<input type="checkbox"/>	Вторник Часы работы: _____
<input type="checkbox"/>	Среда Часы работы: _____
<input type="checkbox"/>	Четверг Часы работы: _____
<input type="checkbox"/>	Пятница Часы работы: _____
<input type="checkbox"/>	Суббота Часы работы: _____
17 Количество работников сферы питания:	
18 Имя ответственного лица, сертифицированного в области управления защитой пищевых продуктов: <i>Приложите копию сертификата</i>	
19 Есть ли у вас человек, обученный процедурам предотвращения удушья? <i>(если 25 мест или больше)</i>	
	<input type="checkbox"/> Да
	<input type="checkbox"/> Нет
20 Тип заведения <i>(Отметьте все, что применимо)</i>	
<input type="checkbox"/>	Розничный магазин кв. футов _____
<input type="checkbox"/>	Заведение общественного питания кол-во мест _____
<input type="checkbox"/>	Заведение общественного питания, работающее на вынос
<input type="checkbox"/>	Учреждение общественного питания Порций/день _____ Кровати _____
<input type="checkbox"/>	Кейтеринг <i>(Персонал, раздающий еду, а не просто доставляющий большие объемы еды)</i>
<input type="checkbox"/>	Доставка еды
<input type="checkbox"/>	Мобильная еда <i>(например: толкать тележку)</i>
<input type="checkbox"/>	Мобильная еда для пешеходов <i>(например: фургон или прицеп для еды)</i>
<input type="checkbox"/>	Пекарня
<input type="checkbox"/>	Производитель замороженных десертов
<input type="checkbox"/>	Другое — Опишите: _____ _____ _____

### TCS — контроль времени и температуры для безопасности

Пищевые продукты TCS необходимо хранить вне опасной температурной зоны (41 F - 135 F). К наиболее распространенным продуктам TCS относятся: мясные продукты, яйца, рыба и моллюски, молочные продукты, сливки или заварной крем, вареные овощи, блюда из картофеля, богатые белком растения, сырые ростки, резаная листовая зелень, резанный чеснок в масле, нарезанные дыни и помидоры.

### Без TCS — без контроля времени и температуры для безопасности

Пищевые продукты без TCS не способствуют росту болезнетворных бактерий. К наиболее распространенным продуктам без TCS относятся: сухие продукты, сухие хлопья, обезвоженные продукты, печенье, конфеты, попкорн, картофельные чипсы, консервированные газированные напитки.

### RTE — готовые к употреблению продукты

Готовые к употреблению продукты, которые не требуют приготовления или разогрева перед подачей. К продуктам RTE относятся: сэндвичи, салаты, кексы.

1010 Massachusetts Ave, 4th Floor, Boston MA 02118

Тел.: (617) 635-5326 Факс: (617) 635-5388 Адрес электронной почты: ISDHealth@boston.gov Веб-сайт: www.boston.gov

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	<u>Подаете</u> 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

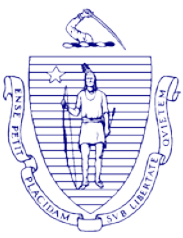
Я, нижеподписавшийся, подтверждаю точность информации, предоставленной в настоящем заявлении, и подтверждаю, что деятельность предприятия общественного питания будет соответствовать 105 CMR 590.000 и всем другим применимым законам. Совет по здравоохранению проинструктировал меня о том, как получить копии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

**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)