



Procedimiento para presentar una solicitud de permiso para establecimiento gastronómico

Sección 1 - Solicitud de permiso

En persona o en línea por correo electrónico

⇒ **Todo establecimiento debe contar con un permiso para establecimiento gastronómico y aprobar una inspección antes de poder servir alimentos al público.**

Qué necesitará:	Pasos:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Solicitud de permiso para establecimiento gastronómico<input type="checkbox"/> Declaración jurada del seguro de compensación para trabajadores<input type="checkbox"/> Número de identificación fiscal federal (EIN).<input type="checkbox"/> Certificado de Gerente de Protección de Alimentos (CFPM)	<ol style="list-style-type: none">1. Asegúrese de reunir y completar todos los materiales, documentos e información requeridos. Puede presentar los materiales en su cita o enviarlos por correo electrónico antes de la cita.2. Programe una cita con ISD Health llamando al 617-635-5326 o enviando un correo electrónico a ISDHealth@boston.gov.

Sección 2 - Revisión del plano

En persona, solo con cita previa

⇒ **Además del permiso para establecimientos gastronómicos y la inspección, se requerirá una revisión de planos si se cumple alguna de las siguientes condiciones:**

- Construcción de un nuevo restaurante
- Construcción, renovación, o cambios en la distribución en un establecimiento nuevo
- Nuevo equipo o cambios en el menú

Qué necesitará:	Pasos:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hoja de trabajo para la revisión de planos<input type="checkbox"/> Dos copias de los planos del establecimiento (elaborados a escala)<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 reunir y completar todos los materiales, documentos e información requeridos.2. Programe una cita de revisión de planos con ISD Health por teléfono o correo electrónico.3. Lleve todos los documentos impresos y completos requeridos a la cita programada además del pago para las tarifas que correspondan.4. Durante la revisión de los planos, el personal revisa las especificaciones para el establecimiento comercial y el menú.5. Una vez finalizada la revisión de los planos, presente los planos sellados ante ISD Building para que los revise y le informe sobre los permisos adicionales requeridos.

1010 Massachusetts Ave, 4th Floor, Boston MA 02118

Teléfono: (617) 635-5326 **Fax:** (617) 635-5388 **Correo electrónico:** ISDHealth@boston.gov **Sitio web:** www.boston.gov



Procedimiento para presentar una solicitud de permiso para establecimiento gastronómico

Sección 3 - Sección de apertura

En persona, solo con cita previa

⇒ **Antes de poder abrir al público, deberá aprobar una inspección de apertura. Además de la inspección de apertura, los establecimientos gastronómicos reciben una inspección 1 a 3 veces por año.**

Qué necesitará:	Pasos:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Todas las tarifas pagas<input type="checkbox"/> Certificado de alérgenos<input type="checkbox"/> Certificado de ocupación (CO)<input type="checkbox"/> Certificado de inspección (CI)<input type="checkbox"/> Licencia para establecimiento gastronómico (CV) (Si corresponde)	<ol style="list-style-type: none">1. Programe su inspección de apertura con ISD Health llamando al 617-635-5326 o enviando un correo electrónico a ISDHealth@boston.gov2. En el momento de la inspección, el establecimiento debe estar listo para comenzar a operar el negocio. Todo debe estar listo para que, tan pronto como el inspector finalice la inspección y se retire, pueda recibir a su primer cliente.

¿Necesita ayuda?

Comuníquese con ISD Health por teléfono o correo electrónico si tiene preguntas o inquietudes.

Un miembro del personal se reunirá con los propietarios del negocio, les explicará el proceso según su situación específica y los ayudará a comprender mejor qué requisitos deberán cumplir.

Teléfono: (617) 635-5326

Fax: (617) 635-5388

Correo electrónico: ISDHealth@boston.gov

División de Inspecciones de Salud

1010 Massachusetts Ave.

Boston, MA 02118

Horario de atención al público: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.

1010 Massachusetts Ave, 4th Floor, Boston MA 02118

Teléfono: (617) 635-5326 **Fax:** (617) 635-5388 **Correo electrónico:** ISDHealth@boston.gov **Sitio web:** www.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: <i>(Este es el nombre que se muestra al público en el exterior de su establecimiento, p. ej. "McDonalds", no "McDonalds Corp")</i>	
2 Domicilio de la empresa: <i>(Esta es la dirección física de su establecimiento que se muestra al público)</i>	
3 Domicilio postal de la empresa: <i>(Si difiere del anterior)</i>	
4 Número telefónico de la empresa: <i>(Número público para los clientes)</i>	
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 <u>corporación</u> o una <u>sociedad</u>, indique el nombre, el cargo y el domicilio de los funcionarios o socios:
<input type="checkbox"/> Una asociación	Nombre Cargo Domicilio
<input type="checkbox"/> Una corporación	_____
<input type="checkbox"/> Una persona	_____
<input type="checkbox"/> Una sociedad	_____
<input type="checkbox"/> Otra entidad jurídica	_____
10 Propietario de la empresa y cargo: <i>(Nombre de la corporación)</i>	
11 Domicilio del propietario de la empresa: <i>(Domicilio de la corporación)</i>	
12 Persona directamente responsable de las operaciones diarias <i>(Propietario, supervisor a cargo, gerente, etc.)</i>	
Nombre y cargo:	
Domicilio:	
Número telefónico:	
Número telefónico de emergencia:	
13 Supervisor distrital o regional <i>(si corresponde)</i>	
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 <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábados	Horario: _____ Horario: _____ Horario: _____ Horario: _____ Horario: _____ 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 <div style="text-align: center;">Comidas/día _____</div> <div style="text-align: center;">Camas _____</div> <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 ¿Envasa los alimentos al vacío en el lugar, o cocina o enfría los productos en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

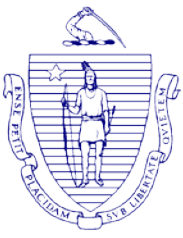
Yo, la persona abajo firmante, certifico la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud y afirmo que el funcionamiento del establecimiento alimentario cumplirá con la sección 105 CMR 590.000 y todas las demás leyes aplicables. La Comisión de Salud me ha indicado cómo obtener copias de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



**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