



REQUEST FOR WAIVER OF TEMPORARY PERMIT

I request that the fee for a temporary food establishment permit be waived or reduced, I understand that requests must be submitted at least seven (7) days prior to my event date for consideration.

Name: _____

Phone Number: _____

Email: _____

Name of event: _____

Date of Event: _____ Number of Permits to be Waived: _____

Address of Event: _____

Reason for Waiver Request (select the applicable reason):

- ☐ The organizer for the event is a certified tax-exempt organization for charitable or other authorized tax exempt purposes. Please explain and provide supplemental document(s) (required): _____
- ☐ The event is organized and operated by the City of Boston.
- ☐ Other (please specify): _____

What is the admission fee for your event? _____

What percent of proceeds will be donated to a charitable or nonprofit organization? _____

Signature: _____ Date: _____

We will respond to requests for fee waivers within 10 days. Thank you.

For Office Use Only

Form Accepted By: _____ Date: _____

Comments: _____

_____ Approved _____ Denied



BABEL NOTICE

English:

IMPORTANT! This document or application contains **important information** about your rights, responsibilities and/or benefits. It is crucial that you understand the information in this document and/or application, and we will provide the information in your preferred language at no cost to you. If you need them, please contact us at isdhealth@boston.gov or 617-635-5326.

Spanish:

¡IMPORTANTE! Este documento o solicitud contiene **información importante** sobre sus derechos, responsabilidades y/o beneficios. Es fundamental que usted entienda la información contenida en este documento y/o solicitud, y le proporcionaremos la información en su idioma preferido sin costo alguno para usted. Si los necesita, póngase en contacto con nosotros en el correo electrónico isdhealth@boston.gov llamando al 617-635-5326.

Haitian Creole:

AVI ENPÒTAN! Dokiman oubyen aplikasyon sa genyen **enfòmasyon ki enpòtan** konsènan dwa, responsablite, ak/oswa benefis ou yo. Li enpòtan ke ou konprann enfòmasyon ki nan dokiman ak/oubyen aplikasyon sa, e n ap bay enfòmasyon an nan lang ou prefere a, san ou pa peye anyen. Si w bezwen yo, tanpri kontakte nou nan isdhealth@boston.gov oswa 617-635-5326.

Traditional Chinese:

重要信息！ 本文档或应用程序包含有关您的权限、责任和/或利益的**重要信息**。请务必理解本文档和/或应用程序中的这些信息，而我们将免费为您提供所需语言版本的这些信息。如您需要翻譯服務，請與我們連絡，發電子郵件至 isdhealth@boston.gov 或致電617-635-5326。

Vietnamese:

QUAN TRỌNG! Tài liệu hoặc đơn yêu cầu này chứa **thông tin quan trọng** về các quyền, trách nhiệm và/hoặc lợi ích của bạn. Việc bạn hiểu rõ thông tin trong tài liệu và/hoặc đơn yêu cầu này rất quan trọng, và chúng tôi sẽ cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ bạn muốn mà không tính phí. Nếu quý vị

cần những dịch vụ này, vui lòng liên lạc với chúng tôi theo địa chỉ isdhealth@boston.gov hoặc số điện thoại 617-635-5326.

Simplified Chinese:

重要文件！ 这份文件或是申请表格内含有關於您的权利, 责任, 和福利的重要信息, 您对这份文件或申请表格的完全明白含义是至關重要的. 我们可以向您提供您的语言翻译. 如果您有需要请联系我们电邮. 电话# isdhealth@boston.gov 617-635-5326.

Cape Verdean Creole:

INPURTANTI! Es dukumentu ó aplikason ten informason inpurtanti sobri bu direitus, rasponsabilidadi i/ó benefisius. Ê krusial ki bu intendi informason na es dukumentu i/ó aplikason ó nu ta da informason na língua di bu preferênsia sen ninhun kustu pa bó. Si bu prisiza del, kontatá-nu na isdhealth@boston.gov ó 617-635-5326.

Arabic:

يحتوي هذا المستند أو التطبيق على معلومات مهمة حول حقوقك ومسؤولياتك أو فوائده. من الأهمية أن تفهم المعلومات الواردة في هذا المستند أو !مهم التطبيق. سوف نقدم المعلومات بلغتك المفضلة دون أي تكلفة عليك. إذا كنت في حاجة إليها، يرجى الاتصال بنا على

617-635-5326 أو isdhealth@boston.gov

Russian:

ВАЖНО! В этом документе или заявлении содержится **важная информация** о ваших правах, обязанностях и/или льготах. Для нас очень важно, чтобы вы понимали приведенную в этом документе и/или заявлении информацию, и мы готовы бесплатно предоставить вам информацию на предпочитаемом вами языке. Если Вам они нужны, просьба связаться с нами по адресу электронной почты isdhealth@boston.gov, либо по телефону 617-635-5326.

Portuguese:

IMPORTANTE! Este documento ou aplicativo contém **Informações importantes** sobre os seus direitos, responsabilidades e/ou benefícios. É importante que você compreenda as informações contidas neste documento e/ou aplicativo, e nós iremos fornecer as informações em seu idioma de preferência sem nenhum custo para você. Se precisar deles, fale conosco: isdhealth@boston.gov ou 617-635-5326.

French:

IMPORTANT ! Ce document ou cette demande contient des **informations importantes** concernant vos droits, responsabilités et/ou avantages. Il est essentiel que vous compreniez les informations contenues dans ce document et/ou cette demande, que nous pouvons vous communiquer gratuitement dans la langue de votre choix. Si vous en avez besoin, veuillez nous contacter à ou au isdhealth@boston.gov 617-635-5326.





BABEL NOTICE

English:

IMPORTANT! This document or application contains **important information** about your rights, responsibilities and/or benefits. It is crucial that you understand the information in this document and/or application, and we will provide the information in your preferred language at no cost to you. If you need them, please contact us at isdhealth@boston.gov or 617-635-5326.

Spanish:

¡IMPORTANTE! Este documento o solicitud contiene **información importante** sobre sus derechos, responsabilidades y/o beneficios. Es fundamental que usted entienda la información contenida en este documento y/o solicitud, y le proporcionaremos la información en su idioma preferido sin costo alguno para usted. Si los necesita, póngase en contacto con nosotros en el correo electrónico isdhealth@boston.gov llamando al 617-635-5326.

Haitian Creole:

AVI ENPÒTAN! Dokiman oubyen aplikasyon sa genyen **enfòmasyon ki enpòtan** konsènan dwa, responsablite, ak/oswa benefis ou yo. Li enpòtan ke ou konprann enfòmasyon ki nan dokiman ak/oubyen aplikasyon sa, e n ap bay enfòmasyon an nan lang ou prefere a, san ou pa peye anyen. Si w bezwen yo, tanpri kontakte nou nan isdhealth@boston.gov oswa 617-635-5326.

Traditional Chinese:

重要信息！ 本文档或应用程序包含有关您的权限、责任和/或利益的**重要信息**。请务必理解本文档和/或应用程序中的这些信息，而我们将免费为您提供所需语言版本的这些信息。如您需要翻譯服務，請與我們連絡，發電子郵件至 isdhealth@boston.gov 或致電617-635-5326。

Vietnamese:

QUAN TRỌNG! Tài liệu hoặc đơn yêu cầu này chứa **thông tin quan trọng** về các quyền, trách nhiệm và/hoặc lợi ích của bạn. Việc bạn hiểu rõ thông tin trong tài liệu và/hoặc đơn yêu cầu này rất quan trọng, và chúng tôi sẽ cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ bạn muốn mà không tính phí. Nếu quý vị

cần những dịch vụ này, vui lòng liên lạc với chúng tôi theo địa chỉ isdhealth@boston.gov hoặc số điện thoại 617-635-5326.

Simplified Chinese:

重要文件！ 这份文件或是申请表格内含有關於您的权利, 责任, 和福利的重要信息, 您对这份文件或申请表格的完全明白含义是至關重要的. 我们可以向您提供您的语言翻译. 如果您有需要请联系我们电邮. 电话# isdhealth@boston.gov 617-635-5326.

Cape Verdean Creole:

INPURTANTI! Es dokumentu ó aplikason ten informason inpurtanti sobri bu direitus, rasponsabilidadi i/ó benefisius. Ê krusial ki bu intendi informason na es dokumentu i/ó aplikason ó nu ta da informason na língua di bu preferênsia sen ninhun kustu pa bó. Si bu prisiza del, kontatá-nu na isdhealth@boston.gov ó 617-635-5326.

Arabic:

يحتوي هذا المستند أو التطبيق على معلومات مهمة حول حقوقك ومسؤولياتك أو فوائده. من الأهمية أن تفهم المعلومات الواردة في هذا المستند أو !مهم التطبيق. سوف نقدم المعلومات بلغتك المفضلة دون أي تكلفة عليك. إذا كنت في حاجة إليها، يرجى الاتصال بنا على

617-635-5326 أو isdhealth@boston.gov

Russian:

ВАЖНО! В этом документе или заявлении содержится **важная информация** о ваших правах, обязанностях и/или льготах. Для нас очень важно, чтобы вы понимали приведенную в этом документе и/или заявлении информацию, и мы готовы бесплатно предоставить вам информацию на предпочитаемом вами языке. Если Вам они нужны, просьба связаться с нами по адресу электронной почты isdhealth@boston.gov, либо по телефону 617-635-5326.

Portuguese:

IMPORTANTE! Este documento ou aplicativo contém **Informações importantes** sobre os seus direitos, responsabilidades e/ou benefícios. É importante que você compreenda as informações contidas neste documento e/ou aplicativo, e nós iremos fornecer as informações em seu idioma de preferência sem nenhum custo para você. Se precisar deles, fale conosco: isdhealth@boston.gov ou 617-635-5326.

French:

IMPORTANT ! Ce document ou cette demande contient des **informations importantes** concernant vos droits, responsabilités et/ou avantages. Il est essentiel que vous compreniez les informations contenues dans ce document et/ou cette demande, que nous pouvons vous communiquer gratuitement dans la langue de votre choix. Si vous en avez besoin, veuillez nous contacter à ou au isdhealth@boston.gov 617-635-5326.

