



**DIVISIÓN DE INSPECCIÓN SANITARIA  
PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA AUTORIZACIÓN  
DE ESTABLECIMIENTO ALIMENTARIO**

1. Cumplimentar una solicitud de la División de Sanidad
2. Pagar las tasas de la División de Salud
3. Tener cuatro (4) juegos de planos (mínimo de 11x17 dibujados a escala)
4. Presentar una (1) copia de todos los formularios de especificaciones de equipos nuevos del fabricante con aprobación NSF/UL. Norma NSF n° 7 para refrigeración.
5. Completar y presentar una hoja de trabajo de revisión del plan de alimentación
6. Presentar una (1) copia del menú con recomendaciones para el consumidor (si procede).
7. Presentar los planos firmados a la División de Edificación junto con las solicitudes de Permiso de Edificación y las tasas correspondientes
8. El permiso de construcción debe ser firmado por los inspectores
9. Pasar a la siguiente sesión

**SOLICITUD DE PERMISO  
(LAS SOLICITUDES SÓLO SE ACEPTAN EN PERSONA)**

1. Solicitar/obtener el correspondiente Certificado de Ocupación y/o Certificado de Inspección de la División de Edificación.
2. Llevar copia del Certificado de Ocupación y del Certificado de Inspección a la División de Sanidad.
3. Cumplimentar la solicitud de la División de Sanidad.
4. Presentar una copia de la certificación de gerente de alimentos a tiempo completo en el lugar y de la certificación de conocimiento de alérgenos.
5. Presentar la Licencia de Victuallers común (sólo para restaurante).
6. Pagar las tasas sanitarias y solicitar una "inspección previa a la apertura" a la División de Sanidad.



# DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE INSPECCIÓN

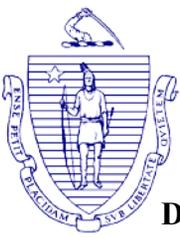
## PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA DE SANIDAD

<u>Fecha Recepción</u>	<u>Fecha Inspección</u>	<u>Aprobado Por</u>	<u>N° Permiso Expedido</u>	<u>Tasa</u>
_____	_____	_____	_____	_____

## Solicitud de Permiso de Establecimiento Alimentario

<b>1) Nombre del Establecimiento:</b>	
<b>2) Dirección del Establecimiento:</b>	
<b>3) Dirección Postal del Establecimiento (si es otra):</b>	
<b>4) Teléfono del Establecimiento:</b>	
<b>5) Nombre y Cargo del Solicitante:</b>	
<b>6) Dirección del Solicitante:</b>	
<b>7) Teléfono del Solicitante:</b> <span style="float: right;"><b>Email:</b></span>	
<b>8) Nombre y Cargo del Propietario (si es distinto del solicitante):</b>	
<b>9) Dirección del Propietario (si es distinto del solicitante):</b>	
<b>10) El Establecimiento es Propiedad de:</b> <input type="checkbox"/> Una Asociación <input type="checkbox"/> Una Corporación <input type="checkbox"/> Un Individuo <input type="checkbox"/> Una Sociedad  Otra Entidad Legal	<b>11) Si se trata de una sociedad anónima o colectiva, indique el nombre, cargo y domicilio de los directivos o socios:</b> <u>Nombre:</u> <u>Cargo:</u> <u>Dirección:</u> _____ _____ _____ _____
<b>12) Persona directamente responsable de las operaciones diarias (propietario, encargado, supervisor, gerente, etc.)</b>	
Nombre y Cargo :	
Dirección:	
Teléfono: <span style="float: right;">Fax:</span>	
Teléfono Emergencia:	
<b>13) Supervisor de Distrito o Regional (si procede)</b>	
Nombre y Cargo:	
Dirección:	
Teléfono: <span style="float: right;">Fax:</span>	





**Estado de Massachusetts**  
**Departamento de Accidentes Industriales**  
**Oficina de Investigaciones**

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

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

**Declaración jurada del seguro de accidentes de trabajo: Empresas en General**

**Información del Solicitante**

**Por favor, Letra Imprenta Legible**

Nombre de Empresa/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Es usted un empleador? Marque los cuadros apropiados:**

1.  Soy empleador con \_\_\_\_\_ empleados (Tiempo completo/y/o part-time).\*
2.  Soy un empresario individual o una sociedad y no tengo empleados trabajando para mí en ningún puesto. [No se requiere seguro de accidentes laborales]
3.  Somos una sociedad anónima y sus directivos han ejercido su derecho de exención con arreglo al c. 152, §1(4), y no tenemos empleados. [No se requiere seguro de accidentes laborales]\*\*
4.  Somos una organización sin ánimo de lucro, formada por voluntarios, sin empleados. [No se requiere seguro de accidentes laborales.]

**Tipo de Empresa (requerido):**

5.  Minorista
6.  Restaurant/Bar/Establecimiento de comida
7.  Oficina y/o Ventas (incl. bienes inm, vehículos, etc.)
8.  No lucrativa
9.  Entretenimiento
10.  Fabricación
11.  Cuidado de Salud
12.  Otro \_\_\_\_\_

\*Todo solicitante que marque la casilla nº 1 debe rellenar también la sección siguiente con la información sobre su póliza de indemnización por accidentes laborales. \*\*Si los directivos de la empresa se han eximido a sí mismos, pero la empresa tiene otros empleados, se requiere una póliza de compensación para trabajadores y dicha organización debe marcar la casilla nº 1.

***Soy un empresario que ofrece un seguro de accidentes de trabajo a mis empleados. A continuación figura la información sobre la póliza.***

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de Aseguradora: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Nº Poliza o Nº Lic. Auto-seg \_\_\_\_\_ Fecha Vencimiento : \_\_\_\_\_

**Adjunte 1 copia de pág. de declaración de póliza de compensación p/trabajadores (muestra el nº póliza y fecha de vto).**

El hecho de no obtener la cobertura exigida en el § 25A de MGL c. 152 puede dar lugar a la imposición de sanciones penales de una multa de hasta 1.500,00 dólares y/o un año de prisión, así como a sanciones civiles en forma de ORDEN DE PARADA DE LA OBRA y una multa de hasta 250,00 dólares al día contra el infractor. Se advierte que una copia de esta declaración puede ser enviada a la Oficina de Investigaciones de la DIA para la verificación de la cobertura del seguro.

***Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que la información facilitada es verdadera y correcta.***

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

***Sólo para uso oficial. No escriba en esta zona, que debe rellenar un funcionario municipal.***

Ciudad o Localidad: \_\_\_\_\_ Permiso/Licencia nº \_\_\_\_\_

**Autoridad Expedidora (marque una):**

1.  Junta de Sanidad 2.  Dep. de Edificación 3.  Secretario Municipal 4.  Junta de Licencias  
 5.  Oficina del Concejal 6.  Otro \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

# Información e Instrucciones

El capítulo 152 de la Ley General de Massachusetts obliga a todos los empresarios a indemnizar a sus empleados. De conformidad con este estatuto, un empleado se define como "...toda persona al servicio de otra en virtud de cualquier contrato de trabajo, expreso o implícito, oral o escrito."

Un empresario se define como "una persona física, sociedad, asociación, corporación u otra entidad jurídica, o dos o más de las anteriores que participen en una empresa conjunta, incluidos los representantes legales de un empresario fallecido, o el administrador o fideicomisario de una persona física, sociedad, asociación u otra entidad jurídica que emplee a trabajadores". No obstante, el propietario de una vivienda que no tenga más de tres apartamentos y que resida en ella, o el ocupante de la vivienda de otro que emplee a personas para realizar trabajos de mantenimiento, construcción o reparación en dicha vivienda o en los terrenos o edificios anexos a la misma, no será considerado empleador por razón de dicho empleo."

MGL capítulo 152, §25C(6) también establece que "**cada agencia de licencias estatal o local deberá retener la emisión o renovación de una licencia o permiso para operar un negocio o para construir edificios en la mancomunidad para cualquier solicitante que no haya presentado pruebas aceptables de cumplimiento de la cobertura de seguro requerida.**" Además, MGL capítulo 152, §25C(7) establece que "Ni la mancomunidad ni ninguna de sus subdivisiones políticas celebrará ningún contrato para la realización de obras públicas hasta que se hayan presentado a la autoridad contratante pruebas aceptables del cumplimiento de los requisitos de seguro de este capítulo."

---

---

## Solicitantes

Rellene completamente la declaración jurada de compensación de los trabajadores, marcando las casillas que correspondan a su situación y, si es necesario, facilite el nombre, la dirección y el número de teléfono de su compañía de seguros junto con un certificado de seguro. Las Compañías de Responsabilidad Limitada (LLC) o las Sociedades de Responsabilidad Limitada (LLP) sin más empleados que los miembros o socios, no están obligadas a tener un seguro de compensación para trabajadores. Si una LLC o LLP tiene empleados, se requiere una póliza. Tenga en cuenta que esta declaración jurada puede ser presentada al Departamento de Accidentes Laborales para la confirmación de la cobertura del seguro. **Asegúrese también de firmar y fechar la declaración jurada.** La declaración jurada debe ser devuelta a la ciudad o localidad que solicita el permiso o licencia, **no** al Departamento de Accidentes Industriales. Si tiene alguna pregunta sobre la ley o si está obligado a obtener una póliza de accidentes de trabajo, llame al Departamento al número que se indica a continuación. Las empresas autoaseguradas deben introducir su número de licencia de autoaseguro en la línea correspondiente.

---

---

## Ciudad o Localidad Oficiales

Asegúrese de que la declaración jurada esté completa y escrita con letra legible. El Departamento ha previsto un espacio en la parte inferior de la declaración jurada para que usted lo rellene en caso de que la Oficina de Investigaciones tenga que ponerse en contacto con usted en relación con el solicitante. Asegúrese de rellenar el número de permiso/licencia que se utilizará como número de referencia. Además, un solicitante que deba presentar varias solicitudes de permiso/licencia en un año determinado, sólo tendrá que presentar una declaración jurada indicando la información actual sobre la póliza (si es necesario). Se puede proporcionar al solicitante una copia de la declaración jurada que haya sido sellada o marcada oficialmente por la ciudad o el pueblo como prueba de que tiene archivada una declaración jurada válida para futuros permisos o licencias. Cada año deberá rellenarse una nueva declaración jurada. Cuando el propietario de una vivienda o un ciudadano obtenga una licencia o permiso no relacionado con ningún negocio o empresa comercial (es decir, una licencia para perros o un permiso para quemar hojas, etc.), dicha persona NO está obligada a cumplimentar esta declaración jurada.

La Oficina de Investigaciones le agradece de antemano su cooperación y, si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos.

---

---

La dirección, teléfono y n° de fax del Departamento:

Estado de Massachusetts  
Departamento de Accidentes Industriales  
**Oficina de Investigaciones**  
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)