



**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

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

14) Origen del agua _____ Eliminación de aguas residuales	15) Empresa de Eliminación de Residuos _____ Empresa de Rendering (Para la grasa)
16) Días y horas de operación:	17) N° Empleados de Alimentación
18) Nombre del responsable Certificado en gestión de la protección de los alimentos: <i>Obligatorio a partir del 1/10/2001 de conformidad con 105 CMR 590.003(A). Por favor, adjunte copia del certificado</i>	
19) Persona formada en procedimientos anti-asfixia (a partir de 25 plazas): Sí No	
20) Ubicación (marque una): <input type="checkbox"/> Estructura Permanente <input type="checkbox"/> Móvil Reg.Nº: _____ Base de Operación: _____	21) Tipo de Establecimiento (marque todas las que proceden) Minorista (pies ²) Proveedor de catering <input type="checkbox"/> Servicio alimentos (plazas) Comida a domicilio <input type="checkbox"/> Servicio alimentos-Para llevar Comida móvil <input type="checkbox"/> Servicio alimentos-Institución Comida ambulante (Comidas/Días) (Camas) Panadería Fabricante de postres congelados Otro (Describe): _____ _____
22) Duración del permiso: (marque uno) <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Temporada/Fechas _____ <input type="checkbox"/> Temporal/Fechas/Tiempo	23) Operaciones de alimento: <i>(marque todos los que procedan):</i> Definiciones: TCS – tiempo / temperatura controlada para alimentos seguros No-TCS – sin tiempo /requiere control de temperatura) RTE-Alimentos listos para el consumo (por ejemplo, bocadillos, ensaladas, muffins que no necesitan mayor procesamiento)
<input type="checkbox"/> Alimentos no TCS Preenvasado comercialmente <input type="checkbox"/> TCS comercialmente preenvasados <input type="checkbox"/> Preparación de No-TCS <input type="checkbox"/> Recalienta alimentos procesados comercialmente para servirlos en 4 horas <input type="checkbox"/> Autoservicio del cliente, alimentos No-TCS y alimentos no perecederos <input type="checkbox"/> Entrega de alimentos en menos de 1 hora de preparación Otro (Describe): _____ _____	<input type="checkbox"/> TCS Cocinado a la Orden <input type="checkbox"/> Preparación de TCS para caliente y frío <input type="checkbox"/> Conservación Para Servicio Una Comida <input type="checkbox"/> Venta alimentos crudos de origen animal para ser preparados por el consumidor <input type="checkbox"/> Autoservicio del cliente <input type="checkbox"/> Hielo fabricado y envasado para Venta al por menor <input type="checkbox"/> Zumo fabricado y envasado para la venta al por menor <input type="checkbox"/> Ofrece TCS RTE en cantidades a granel <input type="checkbox"/> Venta al por menor alimentos salvamento caducados o reacondicionados
<input type="checkbox"/> TCS caliente cocinado y enfriado o mantenido en caliente para más de un solo servicio de comida <input type="checkbox"/> Alimentos TCS y RTE preparados para instalaciones de población altamente susceptible <input type="checkbox"/> Envasado al vacío/cocción en frío <input type="checkbox"/> Uso de procesos que requieren una variación y/o un plan HACCP <input type="checkbox"/> Ofrece alimentos crudos o poco cocidos de origen animal <input type="checkbox"/> Prepara alimentos/comidas individuales para eventos con catering o servicio de alimentación institucional	
Yo, el abajo firmante, doy fe de la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud y afirmo que la operación del establecimiento de alimentos cumplirá con 105 CMR 590.000 y todas las demás leyes aplicables. He sido instruido por la Junta de Salud sobre cómo obtener copias de 105 CMR 590.000 y el Código Federal de Alimentos 2013 Y 2015 suplemento.	
24) Firma del Solicitante: _____ De conformidad con MGL Ch. 62C, sec. 49A, certifico bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, he presentado todas las declaraciones de impuestos estatales y he pagado los impuestos estatales exigidos por ley.	
25) ID Federal: _____	
26) Firma de la Persona Física o Jurídica: _____	





**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

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