



Inspectional Services  
Michelle Wu, Mayor

**DIVISION OF HEALTH INSPECTIONS PROCEDURES FOR APPLYING FOR  
A HEALTH PERMIT**  
**PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE INSPECCIONES DE SALUD PARA SOLICITAR UN  
PERMISO SANITARIO**

**PLAN REVIEW PROCEDURES (for establishments being constructed) (BY APPOINTMENT  
ONLY)**

1. Complete a Health Division Application
2. Pay Health Division fees
3. Have four (4) sets of plans
4. Submit one (1) copy of all new equipment specification forms from manufacturer w/NSF/UL approval. NSF standard #7 for refrigeration
5. Complete and submit a Food Plan Review Worksheet
6. Submit one (1) copy of menu w/consumer advisory (if appropriate)
7. Submit signed plans to the Building Division with Building Permit applications and appropriate fees
8. Building permit must be signed off by inspectors
9. Proceed to next session

**PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DEL PLAN (para establecimientos que se están construyendo)  
(SOLO CON CITA)**

1. Completar la solicitud de la División de Salud.
2. Pagar las tarifas de la División de Salud.
3. Tener cuatro (4) copias de los planes.
4. Presentar una (1) copia de todos los formularios de especificaciones de los equipos nuevos del fabricante con aprobación de NSF/UL. Estándar 7 de NSF para refrigeración.
5. Completar y presentar una planilla de revisión del plan de salud.
6. Presentar una (1) copia del menú con advertencias para el consumidor (si corresponde).
7. Presentar los planes firmados a la División de Edificación con las solicitudes de permiso de construcción y las tarifas correspondientes.
8. El permiso de construcción debe estar firmado por inspectores.
9. Proceder a la siguiente sesión.



Inspectional Services  
Michelle Wu, Mayor

**APPLYING FOR A PERMIT  
(APPLICATIONS ARE ACCEPTED IN PERSON ONLY)**

1. Apply/obtain the appropriate Certificate of Occupancy and/or Certificate of Inspection from Building Division
2. Bring copy of Certificate of Occupancy and Certificate of Inspection to the Health Division
3. Complete the Health Division application
4. Submit a copy of the Fulltime onsite Food Manager Certification and Allergen Awareness Certification
5. Submit common Victuallers License (for Restaurant only)
6. Pay Health Fees and request a "Pre-Opening inspection from the Health Division

**SOLICITAR UN PERMISO  
(LAS SOLICITUDES SE ACEPTARÁN EN PERSONA ÚNICAMENTE)**

1. Solicitar u obtener el certificado de ocupación o el certificado de inspección correspondiente de la División de Edificación.
2. Llevar una copia del certificado de ocupación y del certificado de inspección a la División de Salud.
3. Completar la solicitud de la División de Salud.
4. Presentar una copia de la certificación de gerente de alimentos interno a tiempo completo y certificado de reconocimiento de alérgenos.
5. Presentar una licencia de proveedor de alimentos o "*Common Victuallers License*" (únicamente para restaurantes).
6. Pagar las tarifas de la División de Salud y pedir una inspección previa a la apertura de la División de Salud.



Inspectional Services  
Michelle Wu, Mayor

## Food Establishment Permit Application Solicitud de permiso de establecimiento de comidas

FOR BOARD OF HEALTH USE ONLY					
Date Received	Date Inspected	Approved By	Permit # Issued		Fee

1) Establishment Name: 1) Nombre del establecimiento:	
2) Establishment Address: 2) Dirección del establecimiento:	
3) Establishment Mailing Address (if different): 3) Dirección postal del establecimiento (si es diferente):	
4) Establishment Telephone No: 4) Número de teléfono del establecimiento:	
5) Applicant <b>Name and Title</b> : 5) <b>Nombre</b> y cargo del solicitante:	
6) Applicant Address: 6) Dirección del solicitante:	
7) Applicant Telephone No: 7) Número de teléfono del solicitante:	7A) Applicant Email: 7A) Correo electrónico del solicitante:
8) Owner <b>Name and Title</b> (if different from applicant): 8) <b>Nombre</b> y cargo del propietario (si no es el mismo del solicitante):	
9) Owner Address (if different from applicant): 9) Dirección del propietario (si es diferente a la del solicitante):	

<b>10) Establishment Owned By:</b> <input type="checkbox"/> An association <input type="checkbox"/> A corporation <input type="checkbox"/> An individual <input type="checkbox"/> A partnership <input type="checkbox"/> Other Legal entity	<b>11) If a corporation or partnership, give name, title and home address of officers or partners:</b> <u>Name:</u> <u>Title:</u> <u>Address:</u>    
<b>10) Establecimiento propiedad de:</b> <input type="checkbox"/> Una asociación <input type="checkbox"/> Una compañía <input type="checkbox"/> Un individuo <input type="checkbox"/> Una sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Otra entidad legal	<b>11) Si es una compañía o sociedad, indicar nombre, cargo y dirección residencial de los directivos o socios:</b> <u>Nombre:</u> <u>Cargo:</u> <u>Dirección:</u>    
<b>12) Person Directly Responsible for Daily Operations (Owner, Person in Charge, Supervisor, Manager etc.)</b>	
<b>Name &amp; Title :</b> <b>Address:</b> <b>Telephone No:</b> <b>Emergency Telephone No:</b>	<b>Fax:</b>
<b>12) Persona directamente responsable de las operaciones diarias (propietario, persona a cargo, supervisor, gerente, etc.)</b>	
<b>Nombre y cargo:</b> <b>Dirección:</b> <b>Teléfono:</b> <b>Instrucciones telefónicas de emergencia:</b>	<b>Fax:</b>
<b>13) District Or Regional Supervisor (if applicable)</b>	
<b>Name &amp; Title :</b> <b>Address:</b> <b>Telephone No:</b>	<b>Fax:</b>
<b>13) Supervisor distrital o regional (si corresponde)</b>	
<b>Nombre y cargo:</b> <b>Dirección:</b> <b>Teléfono:</b>	<b>Fax:</b>
<b>14) Source of Water:</b> Sewage Disposal: Rendering Co. (For	<b>15) Rubbish Disposal Co. _____</b> <b>Rendering Co. (For Grease)</b>
<b>14) Fuente de agua:</b> Sistema de drenaje: Compañía prestadora de servicios	<b>15) Compañía de recolección de basura. _____</b> <b>Compañía prestadora de servicio (para grasa)</b>
<b>16) Days and Hours of Operation:</b>	<b>17) No. of Food Employees</b>



<b>23) Food Operations: (check all that apply):</b>	Definitions: <i>PHF-potentially hazardous food (time/temperatures controls required)</i> <i>Non-PHF's-non-potentially hazardous food (no time/temperature controls required) RTE-ready-to-eat foods (Ex. Sandwiches, salads, muffins which need no further processing).</i>	
<input type="checkbox"/> Commercially Pre-Packaged Non-PHF's	<input type="checkbox"/> PHF Cooked To Order <input type="checkbox"/> Preparation of PHFs For Hot And Cold Holding For Single Meal Service	<input type="checkbox"/> Hot PHF Cooked and Cooled or Hot Held for More Than a Single Meal Service
<input type="checkbox"/> Preparation of Non-PHF's	<input type="checkbox"/> Sale of Raw Animal Foods Intended to be Prepared by Consumer	<input type="checkbox"/> PHF and RTE Foods Prepared For Highly Susceptible Population Facility
<input type="checkbox"/> Commercially Pre-Packaged Non-PHF's	<input type="checkbox"/> Customer Self-Service	<input type="checkbox"/> Vacuum Packaging/Cook Chill
<input type="checkbox"/> Reheats Commercially Processed Food for service within 4 hours	<input type="checkbox"/> Ice Manufactured and Packaged for Retail Sale	<input type="checkbox"/> Use Of Process Requiring a Variance and/or HAACP Plan
<input type="checkbox"/> Customer Self-Service Of Non-PHF and Non-Perishable Foods Only	<input type="checkbox"/> Juice Manufactured and Packaged for Retail Sale	<input type="checkbox"/> Offers Raw or Undercooked Food of Animal Origin
<input type="checkbox"/> Delivers Food Within 1 Hour of Variance and/or HAACP Plan Preparation	<input type="checkbox"/> Offers RTE PHF in Bulk Quantities	<input type="checkbox"/> Prepares Food/Single Meals for Catered Events or Institutional Food Service
<input type="checkbox"/> Other (Describe):  _____	<input type="checkbox"/> Retail Sale of Salvage, Out-of Date or Reconditioned Food	
<b>23) Operaciones de comida: (marcar todo lo que corresponda)</b>	Definiciones: <i>Alimentos potencialmente peligrosos (PHF, en inglés) (se requieren controles de vencimientos y temperaturas); alimentos no potencialmente peligrosos (no se requieren controles de vencimientos o temperaturas); alimentos listos para comer (RTE, en inglés) (por ejemplo, sándwiches, ensaladas, panecillos o muffins que no necesitan procesado posterior).</i>	
<input type="checkbox"/> Alimentos no potencialmente peligrosos comercialmente envasados	<input type="checkbox"/> Alimentos no potencialmente peligrosos cocinados en el acto <input type="checkbox"/> Preparación de alimentos potencialmente peligrosos para su recalentado o reenfriado para un solo servicio de comida	<input type="checkbox"/> Alimentos no potencialmente peligrosos calientes cocinados, enfriados o recalentados durante más de un servicio de comidas
<input type="checkbox"/> Preparación de alimentos no potencialmente peligrosos	<input type="checkbox"/> Venta de alimentos crudos de origen animal para que el consumidor los prepare	<input type="checkbox"/> Alimentos potencialmente peligrosos y alimentos listos para comer preparados para instalaciones que sirven a poblaciones altamente susceptibles
<input type="checkbox"/> Alimentos no potencialmente peligrosos comercialmente envasados	<input type="checkbox"/> Autoservicio para los clientes	<input type="checkbox"/> Alimentos envasados al vacío o cocinados y refrigerados (sistema "cook and chill")
<input type="checkbox"/> Alimentos recalentados comercialmente	<input type="checkbox"/> Producción y envasado de hielo	<input type="checkbox"/> Uso de procesos que requieren una variante o un plan de

procesados para servir dentro de las 4 horas	para venta minorista	sistemas de análisis de riesgos y puntos críticos de control (HACCP, en inglés)
<input type="checkbox"/> Servicio al consumidor únicamente de alimentos no potencialmente peligrosos y de alimentos no perecederos	<input type="checkbox"/> Producción y envasado de jugo para venta minorista	<input type="checkbox"/> Ofrece alimentos crudos o poco cocidos de origen animal
<input type="checkbox"/> Entrega alimentos dentro de 1 hora con preparación según una variante o plan de HACCP	<input type="checkbox"/> Ofrece alimentos listos para comer o potencialmente peligrosos en grandes cantidades	<input type="checkbox"/> Prepara alimentos o comidas únicas para eventos de catering o servicios de alimentos institucionales
<input type="checkbox"/> Otro (describir): _____ _____	<input type="checkbox"/> Venta minorista de alimentos recuperados, vencidos o reacondicionados	

I, the undersigned, attest to the accuracy of the information provided in this application and I affirm that the food establishment operation will comply with 105 CMR 590.000 and all other applicable law. I have been instructed by the board of health on how to obtain copies of 105 CMR 590.000 and the federal 1999 Food Code.

24) Signature of Applicant: \_\_\_\_\_

Pursuant to MGL Ch. 62C, sec. 49A, I certify under the penalties of perjury that I, to my best knowledge and belief, have filed all state tax returns and paid state taxes required under law.

25) Federal ID: \_\_\_\_\_

26) Signature of Individual or Corporate Name: \_\_\_\_\_

Yo, el abajofirmante, doy fe de la exactitud de la información provista en esta solicitud y confirmo que la operación del establecimiento de alimentos cumplirá con 105 CMR 590.000 y con todas las leyes correspondientes. El comité de salud me ha informado cómo obtener copias de 105 CMR 590.000 y del Código de Alimentos Federal de 1999.

24) Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

De conformidad con la sección 49A, capítulo 62C de MGL, certifico, bajo protesta de decir la verdad, que yo, a mi leal saber y entender, he presentado todas las declaraciones de impuestos estatales y he pagado los impuestos estatales que la ley establece.

25) N.º de Identificación Federal: \_\_\_\_\_

26) Firma del individuo o nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

*The Commonwealth of Massachusetts*  
 Department of Industrial Accidents Office of Investigations  
 600 Washington Street  
 Boston, MA 02111 [www.mass.gov/dia](http://www.mass.gov/dia)

**Workers' Compensation Insurance Affidavit: General Businesses**

Declaración del seguro de indemnización por accidentes laborales: Actividades comerciales generales

**Applicant Information**

**Información del solicitante**

**Please Print Legibly**

**Escribir en letra legible**

Business/Organization Name: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía o denominación comercial:

Address: \_\_\_\_\_

Dirección:

City/State/Zip: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono:

<p><b>Are you an employer? Check the appropriate box:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> I am a employer with _____ employees (full and/or part-time).*</p> <p>2. <input type="checkbox"/> I am a sole proprietor or partnership and have no employees working for me in any capacity. [No workers' comp. insurance required]</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 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]**</p> <p>4. <input type="checkbox"/> We are a non-profit organization, staffed by volunteers, with no employees. [No workers' comp. insurance req.]</p>	<p><b>Business Type (required):</b></p> <p>5. <input type="checkbox"/> Retail</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Restaurant/Bar/Eating Establishment</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Office and/or Sales (incl. real estate, auto, etc.)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Non-profit</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Entertainment</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Manufacturing</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Health Care</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Other _____</p>
<p><b>¿Es usted un empleador? Marque el casillero correspondiente:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Soy un empleador con _____ empleados (de tiempo completo y parcial).*</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Soy un empresario por cuenta propia o formo parte de una asociación y no tengo empleados que trabajen para mí en forma alguna. [No se requiere seguro de indemnización por accidentes laborales].</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Formamos parte de una compañía y sus directores han ejercido su derecho de exención derivado de la sección 1(4), capítulo 152, y no tenemos ningún empleado. [No se requiere seguro de indemnización por accidentes laborales]**</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Formamos parte de una organización sin fines de lucro, compuesta de voluntarios, sin ningún empleado. [No se requiere seguro de indemnización por accidentes laborales].</p>	<p><b>Tipo de actividad comercial (requerido):</b></p> <p>5. <input type="checkbox"/> Minorista</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Restaurante, bar o establecimiento para comer</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Oficina y/o ventas (incluidas ventas inmobiliarias, de automóviles, etc.)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Entretenimiento</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Fabricación</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Cuidados médicos</p> <p>12. Otro _____</p>

\* 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.

\* Todos los solicitantes que marquen el casillero n.º 1 también deben completar la siguiente sección en la que muestren la información de su póliza de indemnización por accidentes laborales.

\*\* Si los directivos de la compañía ejercieron su derecho de exención, pero la compañía tiene otros empleados, se requerirá una póliza de indemnización por accidentes laborales, y dicha organización deberá marcar el casillero n.º 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 Section 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.

*Soy un empleador que brinda un seguro de indemnización por accidentes laborales a mis empleados. A continuación se encuentra la información de la póliza.*

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

N.º de póliza o licencia de autoseguro \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Adjunte una copia de la página de declaración de la póliza de indemnización por accidentes laborales (que muestre el número de póliza y la fecha de vencimiento).

No obtener la cobertura como se establece en la Sección 25A, Capítulo 152 de MGL puede llevar a la imposición de sanciones penales mediante una multa de hasta \$1,500.00 y/o un año de prisión, así como también sanciones civiles mediante una ORDEN DE CESE DE TRABAJO y una multa de hasta \$250.00 por día para el infractor. Tenga en cuenta que es posible que se envíe una copia de esta declaración a la Oficina de Investigaciones del Departamento de Asuntos Internos (DIA, en inglés) para verificar la cobertura de seguro.

***I do hereby certify, under the pains and penalties of perjury that the information provided above is true and correct.***

*Por la presente certifico, bajo los dolores y penalidades de perjurio, que la información provista arriba es verdadera y correcta.*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

Phone#: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

<p><b><i>Official use only. Do not write in this area, to be completed by city or town official.</i></b>  <b><i>Solamente para uso oficial. No escriba en esta área que será completada por un oficila de la ciudad.</i></b></p> <p>City or Town: _____ Permit/License # _____</p> <p>Issuing Authority (circle one): 1. Board of Health 2. Building Department 3. City/Town Clerk 4. Licensing Board  5. Selectmen's Office 6. Other _____</p> <p>Contact Person: _____ Phone #: _____</p>
---