



**DIVISION DE L'INSPECTION SANITAIRE
PROCÉDURES DE DEMANDE DE PERMIS
D'ÉTABLISSEMENT ALIMENTAIRE**

1. Remplir une demande d'adhésion à la division de la santé
2. Payer les frais de la division de la santé
3. Disposer de quatre (4) jeux de plans (minimum 11x17 dessinés à l'échelle)
4. Soumettre une (1) copie de tous les nouveaux formulaires de spécification du fabricant avec l'approbation NSF/UL. Norme NSF #7 pour la réfrigération
5. Remplir et soumettre une fiche d'examen du plan alimentaire
6. Soumettre une (1) copie du menu avec l'avis du consommateur (le cas échéant)
7. Soumettre les plans signés à la division de la construction avec les demandes de permis de construire et les frais appropriés
8. Le permis de construire doit être signé par les inspecteurs
9. Passer à la session suivante

**DEMANDE DE PERMIS
(LES DEMANDES NE SONT ACCEPTÉES QU'EN PERSONNE)**

1. Demander/obtenir le certificat d'occupation et/ou le certificat d'inspection approprié auprès de la division de la construction
2. Apporter une copie du certificat d'occupation et du certificat d'inspection à la division de la santé
3. Remplir le formulaire de demande de la division de la santé
4. Soumettre une copie de la certification du gestionnaire de l'alimentation à plein temps sur place et de la certification de sensibilisation aux allergènes
5. Soumettre une licence commune (pour les restaurants uniquement)
6. Payer les taxes sanitaires et demander une « inspection préalable à l'ouverture » à la division de la santé



DÉPARTEMENT DES SERVICES D'INSPECTION

À L'USAGE EXCLUSIF DU CONSEIL DE SANTÉ

<u>Date de réception</u>	<u>Date d'inspection</u>	<u>Approuvé par</u>	<u>Numéro de permis délivré</u>	<u>Frais</u>
--------------------------	--------------------------	---------------------	---------------------------------	--------------

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

Demande d'autorisation d'établissement alimentaire

1) Nom de l'établissement :	
2) Adresse de l'établissement :	
3) Adresse postale de l'établissement (si différente) :	
4) Numéro de téléphone de l'établissement :	
5) Nom et titre du demandeur :	
6) Adresse du demandeur :	
7) Téléphone du demandeur :	Adresse électronique :
8) Nom et titre du propriétaire (si différent du demandeur) :	
9) Adresse du propriétaire (si elle est différente de celle du demandeur) :	
10) Établissement détenu par : <input type="checkbox"/> Une association <input type="checkbox"/> Une société <input type="checkbox"/> Un individu <input type="checkbox"/> Un partenariat	11) S'il s'agit d'une société ou d'une société de personnes, indiquer le nom, titre et adresse personnelle des dirigeants/associés : <u>Nom :</u> <u>Titre :</u> <u>Adresse :</u> _____ _____ _____ _____
12) Personne directement responsable des opérations quotidiennes (propriétaire , Personne responsable, superviseur, directeur, etc.)	
Nom et titre :	
Adresse :	
N° de téléphone	Fax :
N° de téléphone d'urgence:	
13) Superviseur de district ou régional (le cas échéant)	
Nom et titre :	
Adresse :	
N° de téléphone	Fax :

14) Source d'eau		15) Société de ramassage des ordures	
Élimination des eaux usées		Société d'équarrissage (pour les graisses)	
16) Jours et heures d'ouverture :		17) No employés du secteur a	
18) Nom de la personne responsable certifiée en gestion de la protection des aliments : <i>Requis de du 10/1/2001 en conformément avec 105 CMR 590.003(A) Veuillez joindre une copie du certificat.</i>			
19) Personne formée aux procédures anti-étouffement (si 25 sièges ou plus) :		Oui	Non
20) Lieu (cochez) Structure permanente mobile Numéro d'enregistrement I nstitution Base d'opération :		21) Type d'établissement (cocher toutes les cases correspondantes) Détail (m²) Traiteur Service de restauration (assises) Livraison de nourriture Service de restauration Alimentation mobile Service de restauration Alimentation mobile sans rendez-vous (Repas/Jour) (Lits) Boulangerie Fabricant de desserts glacés Autre (Décrire) : _____ _____	
22) Durée du permis : (cocher une case) Annuel Saison/Dates _____ Temporaire/Dates/Temps			
23) Opérations alimentaires : (vérifier tous qui s'appliquent) :		Définitions : TCS - temps/température contrôlés pour les aliments de sécurité <i>Non-TCS - pas de contrôle du temps/de la température requise</i> <i>Aliments prêts à consommer (ex. Sandwichs, salades, muffins qui n'ont pas besoin de plus de traitement)</i>	
Denrées alimentaires non STC préemballées dans le commerce		TCS Cuisiné à la demande	TCS chauds cuits et refroidis ou conservés à chaud pour plus d'un service de repas unique
TCS préemballés dans le commerce		Préparation du TCS pour le maintien au chaud et au froid pour le service d'un repas unique	
Préparation de non-TCS		Vente d'aliments crus pour animaux destinés à être préparés par le consommateur	Aliments TCS et RTE préparés pour une population hautement sensible Installation
Réchauffer les aliments transformés dans le commerce pour les servir dans les 4 heures		Libre-service pour les clients	
Libre-service pour les clients - Aliments non périssables et non CT uniquement		Glace fabriquée et conditionnée pour la vente au détail	Emballage sous vide/cuisson/refroidissement
Livraison des aliments dans l'heure qui suit leur préparation		Jus fabriqués et conditionnés pour la vente au détail	Utilisation d'un procédé nécessitant une dérogation et/ou un plan HAACP
Autre (Décrire) : _____ _____		Offre de TCS RTE en vrac	Offre de denrées alimentaires d'origine animale crues ou insuffisamment cuites
		Commerce de détail de pièces détachées, hors Date ou aliments reconditionnés	Préparer les aliments/les repas individuels pour Événements avec traiteur ou institutionnels
Je soussigné(e) atteste l'exactitude des informations fournies dans la présente demande et j'affirme que l'exploitation de l'établissement alimentaire sera conforme à la norme 105 CMR 590.000 et à toutes les autres lois applicables. J'ai été chargé par le conseil d'administration de la santé sur la manière d'obtenir des copies de 105 CMR 590.000 et du code alimentaire fédéral de 2013 et du supplément de 2015.			
24) Signature du demandeur : _____			
Conformément à la loi MGL Ch. 62C, sec. 49A, je certifie, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance, j'ai déposé toutes les déclarations d'impôts d'État et payé les impôts d'État requis par la loi.			
25) Carte d'identité fédérale : _____			
26) Signature de la personne physique ou morale : _____			



**The Commonwealth of Massachusetts
 Department of Industrial Accidents
 Office of Investigations
 Lafayette City Center
 2 Avenue de Lafayette, Boston, MA02111-1750
 www.mass.gov/dia**

Déclaration sous serment relative à l'assurance contre les accidents du travail : Entreprises générales

Informations sur le demandeur Veillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie

Nom de l'Entreprise/de l'organisation : _____

Adresse : _____

Ville/État/Zip : _____ Téléphone: _____

Êtes-vous vous un employeur? Cochez la case appropriée :

1. Je suis un employeur qui emploie _____ personnes (à temps plein et/ou à temps partiel).*
2. Je suis un propriétaire unique ou une société de personnes et je n'ai aucun employé travaillant pour moi à quelque titre que ce soit.
[Aucune assurance contre les accidents du travail n'est requise]
3. Nous sommes une société et ses dirigeants ont exercé leur droit d'exemption conformément à l'article 152, §1(4), et nous avons pas d'employés. [Aucune assurance contre les accidents du travail n'est requise]**
4. Nous sommes une organisation à but non lucratif, composée de bénévoles, sans employés. [Aucune assurance contre les accidents du travail n'est requise]

Type d'entreprise (obligatoire) :

5. Vente au détail
6. Restaurant/Bar/Établissement de restauration
7. Bureau et/ou vente (y compris immobilier, automobile etc.)
8. Sans but lucratif
9. Divertissement
10. Fabrication
11. Soins de santé
12. Autre _____

*Tout demandeur qui coche la case 1 doit également remplir la section ci-dessous en indiquant les informations relatives à sa police d'assurance contre les accidents du travail.

**Si les mandataires sociaux se sont exonérés eux-mêmes, mais que la société a d'autres employés, une police d'assurance contre les accidents du travail est nécessaire et une telle organisation doit cocher la case n° 1.

Je suis un employeur qui fournit une assurance contre les accidents du travail à mes employés. Ci-dessous est la politique d'information.

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Adresse de l'assureur : _____

Ville/État/Zip : _____

Numéro de police ou auto-assurance. Lic. # _____ Date d'expiration : _____

Joindre une copie de la page de déclaration de la police d'assurance contre les accidents du travail (indiquant le numéro de la police et sa date d'expiration).

Le fait de ne pas s'assurer de la couverture requise en vertu de l'article 25A du MGL c. 152 peut entraîner des sanctions pénales sous la forme d'une amende pouvant aller jusqu'à 1 500,00 \$ et/ou d'une peine d'emprisonnement d'un an, ainsi que des sanctions civiles sous la forme d'un ARRÊT DE TRAVAIL et d'une amende pouvant aller jusqu'à 250,00 \$ par jour à l'encontre du transgresseur. Nous vous informons qu'une copie de cette déclaration peut être transmise à l'Office des enquêtes de la DIA pour vérification de la couverture d'assurance.

Je certifie par la présente, sous peine de parjure, que les informations fournies ci-dessus sont véridiques et correctes.

Signature : _____ Date : _____

Numéro de téléphone : _____

Usage officiel uniquement. Ne pas écrire dans cette zone, qui doit être remplie par un fonctionnaire de la ville ou de la municipalité.

Ville ou village : _____ **Numéro du permis/de la licence** _____

Autorité de délivrance (cocher une case) :

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1. Conseil de la santé | 2. Service de la construction | 3. Greffier de la ville | 4. Commission des licences |
| 5. Sélectionner un bureau | 6. Autre _____ | | |

Personne de contact: _____ **Numéro de téléphone:** _____

L'information et Instructions

Le chapitre 152 des lois générales du Massachusetts impose à tous les employeurs d'assurer l'indemnisation de leurs employés. En vertu de cette loi, un *employé* est défini comme « ... toute personne au service d'une autre en vertu d'un contrat de travail, exprès ou implicite, oral ou écrit »

Un Employeur est défini comme « une personne physique, un partenariat, une association, une société ou une autre entité juridique, ou deux ou plusieurs de ces entités engagées dans une entreprise commune, y compris les représentants légaux d'un employeur décédé, ou l'administrateur ou le syndic d'une personne physique, d'un partenariat, d'une association ou d'une autre entité juridique, employant des salariés ». Toutefois, le propriétaire d'une maison d'habitation ne comportant pas plus de trois appartements et qui y réside, ou l'occupant de la maison d'habitation d'un tiers qui emploie des personnes pour effectuer des travaux d'entretien, de construction ou de réparation sur cette maison d'habitation ou sur les terrains ou bâtiments qui y sont attenants, n'est pas considéré comme un employeur du fait de cet emploi»

Le chapitre 152, §25C(6) de la MGL stipule également que « **toute agence d'État ou locale chargée de l'octroi des licences doit refuser la délivrance ou le renouvellement d'une licence ou d'un permis d'exploitation d'une entreprise ou de construction de bâtiments dans le Commonwealth à tout demandeur qui n'a pas fourni de preuve acceptable de conformité à la couverture d'assurance exigée** ». En outre, le chapitre 152 du MGL, § 25C(7), stipule que « ni le Commonwealth ni aucune de ses subdivisions politiques ne doit conclure de contrat pour l'exécution de travaux publics tant qu'une preuve acceptable de conformité aux exigences d'assurance de ce chapitre n'a pas été présentée à l'autorité contractante »

Demandes

Veillez remplir complètement la déclaration d'accident du travail en cochant les cases qui s'appliquent à votre situation et, si nécessaire, fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre compagnie d'assurance ainsi qu'une attestation d'assurance. Les sociétés à responsabilité limitée (LLC) ou les sociétés à responsabilité limitée (LLP) qui n'emploient que leurs membres ou associés ne sont pas tenues de souscrire une assurance contre les accidents du travail. Si une SARL ou une LLP a des employés, une politique est nécessaire. Il est à noter que cette déclaration peut être soumise au Département des accidents du travail pour confirmation de la couverture d'assurance. **Veillez également à signer et à dater la déclaration sous serment.** La déclaration sous serment doit être renvoyée à la ville où la demande de permis ou de licence est déposée, et non au département des accidents du travail. Si vous avez des questions concernant la loi ou si vous êtes tenu de souscrire une police d'assurance contre les accidents du travail, veuillez appeler le département au numéro indiqué ci-dessous. Les entreprises auto-assurées doivent indiquer leur numéro d'agrément d'auto-assurance sur la ligne appropriée.

Fonctionnaires de la ville ou de l'agglomération

Veillez à ce que la déclaration sous serment soit complète et imprimée lisiblement. Le département a prévu un espace au bas de la déclaration sous serment que vous devez remplir au cas où l'Office des enquêtes devrait vous contacter au sujet du demandeur. Veillez à indiquer le numéro de permis/licence qui sera utilisé comme numéro de référence. En outre, un demandeur qui doit soumettre plusieurs demandes de permis/licence au cours d'une année donnée ne doit soumettre qu'une seule déclaration sous serment indiquant les informations relatives à la police d'assurance en vigueur (si nécessaire). Une copie de la déclaration sous serment qui a été officiellement estampillée ou marquée par la ville peut être fournie au demandeur comme preuve qu'une déclaration sous serment valide a été versée au dossier pour les futurs permis ou licences. Une nouvelle déclaration sous serment doit être remplie chaque année. Lorsqu'un propriétaire ou un citoyen obtient une licence ou un permis qui n'est pas lié à une entreprise ou à un projet commercial (par exemple, une licence pour chien ou un permis de brûler des feuilles, etc.), cette personne n'est pas tenue de remplir cette déclaration sous serment.

Le Bureau d'enquêtes vous remercie d'avance pour votre coopération et si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous appeler.

L'adresse, le numéro de téléphone et le numéro de fax du département :

Le Commonwealth du Massachusetts
Département des accidents du travail
Bureau d'enquêtes
Lafayette City Center
2 Avenue de Lafayette,
Boston, MA 02111-1750

Tél. (857) 321-7406 ou 1-877-MASSAFE

Fax (617) 727-7749

www.mass.gov/dia