

نشرة معلومات

من خدمات الصحة البيئية



كيفية تعبئة

استمارتك للحصول على موافقة الصحة



fraserhealth		APPLICATION FOR HEALTH APPROVAL			
		Health Protection			
Permit Fee	Date Collected	<input type="checkbox"/> Cheq	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Amex	Sent to Billing
\$	dd / mm / yy	<input type="checkbox"/> Cash	<input type="checkbox"/> MasterCard		dd / mm / yy
Owner Information					
Type of Ownership (select one)	<input type="checkbox"/> Sole Proprietorship	<input type="checkbox"/> Partnership	<input type="checkbox"/> Corporation	<input type="checkbox"/> Society	
Legal Owner Name	<input type="checkbox"/> Copy of Legal Documents Provided				
Doing Business As (DBA)					
SITE ADDRESS			BILLING ADDRESS		
Person in Charge/Operator	Billing Contact Name (if different than Legal Owner Name)		<input type="checkbox"/> Same as Site Address		
Email Address	Street Address				
Street Address	Street Address				
City/Municipality/Province	Postal Code	City/Municipality/Province	Postal Code		

من يحتاج إلى تكملة الاستمارة؟

يجب على كل شخص يقوم بتشغيل واحدة من الأنواع التالية من الأعمال في منطقة صحة فريزر تكملة "استمارة الحصول على موافقة الصحة".

- الطعام (مطعم، متجر طعام، مصنع الأغذية، مركبة متنقلة، عربية متنقلة)

يجب أن تحمل جميع معدات خدمة الطعام الخارجية، والتي تعمل إما بالغاز أو البروبان، ملصق الترخيص من هيئة السلامة في بريتيش كولومبيا أو تكون معتمدة أو مرخصة من جهة يعترف بها "المجلس الكندي للمعايير".

- مسبح (حمام السباحة، حوض الاستحمام الساخن، أحواض الرذاذ أو الرش)
- منشآت الخدمة الشخصية (صالون حلاقة، محل تجميل، ثقب الجسم، الوشم)

ملاحظة: إذا كنت تقدم الطلب للحصول على الموافقة لنظام امدادات المياه، يجب عليك تكملة استمارة "طلب تصريح تشغيل مياه الشرب"، والتي يمكن الحصول عليها من: www.fraserhealth.ca/drinkingwater.

لماذا يتطلب مني تكملة استمارة الطلب؟

يتطلب تقديم استمارة معبأة قبل أن يوافق موظف الصحة البيئية على فتحك للمحل التجاري أو اصدار "تصريح التشغيل من الصحة".

ما هي المعلومات التي يجب أن أقدمها في استمارة الطلب؟

1. قم بتكملة ما يلي:

- معلومات المالك
- عنوان المكان، وعنوان إرسال الفواتير والعنوان البريدي
- نوع استمارة الصحة للموافقة عليها
- نوع الخدمة

2. اتصل بموظف المكتب المحلي للصحة البيئية إذا كانت لديك أية أسئلة.

3. في المكان المخصص للتوقيع، أكتب اسمك ووقع عليها وأكتب التاريخ.

4. بادر بتقديم الاستمارة الكاملة إلى موظف الصحة البيئية أو أرسلها إلى المكتب المحلي لحماية الصحة.

اتبع "الخطوات الأربعة" لتكملة الاستمارة للحصول على موافقة الصحة داخل هذه النشرة.

حماية الصحة | ضمان أشخاص أصحاء وبيئات صحية

الخطوة 1:

بادر بتعبئة معلومات المالك

نوع الملكية

ضع علامة بجانب المربع الذي يشير إلى نوع الملكية الذي يوصف بشكل أنسب لمحلك التجاري.

- الملكية الفردية معناه أن المحل التجاري يملكه ويديره شخص واحد.
- الشراكة معناه أن المحل التجاري يملكه ويديره شخصان أو أكثر.
- شركة أو شركة محدودة معناه أن يقوم شخص واحد أو أكثر يتم الاعتراف بهم ككيان قانوني منفصل (مع اسم وهوية خاصة به) بتشغيل المحل التجاري. تم تأسيس الشركة بموجب قانون تأسيس الشركات.
- جمعية تعني مجموعة من الأشخاص الذين شكلوا جمعية من أجل هدف مشترك.

إذا كان نوع الملكية هو الشراكة، يرجى إرفاق نسخة من وثيقة "اتفاقية الشراكة" القانونية.

إذا كان نوع الملكية هو شركة أو جمعية، يرجى إرفاق نسخة من "شهادة التأسيس"، وهي الوثيقة التي تم تقديمها إلى وكيل الحكومة عندما تم تأسيس الجمعية أو الشركة.

الاسم القانوني للمالك

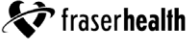
اكتب اسم المالك القانوني للشركة (المحل التجاري).

- الملكية الفردية – اسم المالك.
- الشراكة – أسماء الشركاء.
- شركة أو شركة مرقمة – اسم الشركة.
- جمعية – اسم الجمعية.

القيام بالعمل تحت اسم (DBA) أكتب اسم المحل التجاري (الشركة).

- رقم رخصة السيارة للوحدات المتنقلة

أكتب رقم لوحة ترخيص السيارة بعد الاسم الذي يتم العمل تحته إن وجد.



APPLICATION FOR HEALTH APPROVAL
 Health Protection

Permit Fee
 \$ _____

Date Collected
 dd / mm / yy

Chq Visa Amex
 Cash MasterCard

Sent to Billing
 dd / mm / yy

Owner Information
 Type of Ownership (select one) Sole Proprietorship Partnership Corporation Society
 Legal Owner Name _____
 Doing Business As (DBA) _____
 Copy of Legal Documents Provided

SITE ADDRESS
 Person in Charge/Operator _____
 Email Address _____
 Street Address _____
 City/Municipality/Province _____ Postal Code _____
 Emergency Contact Telephone () _____
 Site Telephone () _____
 Far () _____

BILLING ADDRESS
 Billing Contact Name (if different than Legal Owner Name) _____ Same as Site Address
 Street Address _____
 City/Municipality/Province _____ Postal Code _____
 Telephone () _____ Fax () _____

MAILING ADDRESS (address where site mail is delivered)
 Street Address _____
 City/Municipality/Province _____ Postal Code _____ Same as Site Address

Type of Application
 New Facility Owner Change Address Change Fee Category Change
 Services Change Name Change Months of Operation Change Status Change
 Permit Corrections (please specify): _____
 Effective Date dd / mm / yy _____ Comments _____

Type of Service
 Food Service Specify Primary Service _____
 Seating Capacity: _____ seats
 > 50 Seats ≤ 50 Seats ≥ 19 m² < 19 m²
 Pool Size _____ m²
 Wading / Spray Pool Hot Tub
 Personal Service Specify Primary Service _____
 Number of Months Open Annually _____
 12 Months - OR - check below which months open:
 January February March April May June July August September October November December
 Do you sell tobacco and/or vapour products? Yes No TEO Notified Yes No

Applicant Signature
 Applicant Signature _____ Applicant Name (please print) _____ Date of Signature dd / mm / yy _____

Environmental Health Officer - Complete this Section
 Previous Name of Premises _____ Estimated Closing Date dd / mm / yy _____
 Permitted Food Non Permitted Food FS Trained Permitted Pool Personal Service
 Food Service Food Store FS Plans Non Permitted Pool Sanitation Plan
 Food Service - Institutional Food Other Sanitation Plans Pool Safety Plan
 Food Service - Mobile Sanitation Plans
 Declaration Form Attached Exempt Fee Waived Multi-Facility Operation CCFL Food Facility
 Conditions Take Out Only Full Service Mobile Other Mobile Vending Cart (menu items) FHA Approval Sticker # _____
 Single Service Utensils Only Mobile Vending Cart (menu items) FHA Approval Sticker # _____

EHO Name _____

EHO Signature _____

If covering, District EHO Name _____

Approval Date dd / mm / yy _____

Printshop #307715 Revised Sept 14, 2016 White: File Copy Yellow: Billing Copy Pink: Applicant Copy



الخطوة 2:

بادر بتكملة عنوان المكان، وعنوان إرسال الفواتير والعنوان البريدي

بادر بتكملة كل فقرة خاصة بالعنوان بما في ذلك أرقام الهاتف لما يلي:

- ← **عنوان المكان** معناه عنوان محلك التجاري. أذكر فيه اسم الشخص الذي سيكون مسؤولاً عنه، عنوان بريده الإلكتروني، عنوان الشارع والمدينة التي يقع فيها المحل التجاري.
- ← **عنوان استلام الفواتير** معناه المكان الذي يجب أن ترسل إليه الفواتير (إذا كانت المنشأة مرخصة) أو الرسائل.
- ← **العنوان البريدي** معناه عنوان البريد المحلي للمحل التجاري (قد يكون هو نفسه عنوان المكان).

الخطوة 3:

بادر بتكملة نوع الاستمارة

بادر بالإشارة إلى "نوع استمارة الطلب" التي تقدمها. إذا كانت لديك أية أسئلة، تحقق مع موظف الصحة البيئية.

- **مرفق جديد** معناه محل تجاري جديد في موقع جديد.
- **تغيير المالك** معناه محل تجاري قائم وأنت مالك جديد له.
- **تغيير العنوان** معناه حدوث تغيير في عنوان الموقع، عنوان استلام الفواتير أو العنوان البريدي.
- **تغيير فئة الرسوم** معناه حدوث تغيير في التشغيل من مرفق غير قابل لتحرير الفواتير إلى قابل لتحرير الفواتير.
- **تغيير في الخدمة** معناه أنه تمت إضافة أو إزالة الظروف من الترخيص.
- **تغيير الاسم** معناه حدوث تغيير في اسم الشركة التجارية.
- **تغيير أشهر التشغيل** معناه حدوث تغيير في عدد الأشهر التي تشتغل فيها خلال السنة.
- **تغيير الحالة** معناه حدوث تغيير في حالة تحرير الفواتير الحالية (مثال، الاستثناء أو الإعفاء من دفع الرسوم، تخفيض لمرافق متعددة، السعة الاستيعابية).
- **تصحيح الترخيص** معناه أن المعلومات الموجودة على الترخيص يتطلب تصحيحها أو تحديثها.
- **تاريخ النفاذ** – أكتب تاريخ فتح الشركة التجارية (سيتم فرض الرسوم بدءاً من هذا التاريخ).

الخطوة 4:

بادر بتكملة نوع الخدمة

ضع علامة على المربع بجانب "نوع الخدمة" الذي يوصف عملك التجاري.

- **خدمة الطعام** هو عمل تجاري يقوم بتوفير الغذاء للاستهلاك العام. تشمل أنواع أماكن خدمة الطعام (على سبيل المثال لا الحصر):
 - ← مطاعم الخدمة الكاملة
 - ← مطاعم الوجبات السريعة
 - ← عربات وطاولات الطعام المتنقلة
 - ← متعهدي الحفلات
 - ← محلات الأغذية (بما في ذلك التي لديها آلات النقانق)
 - ← مصانع الأغذية
 - ← دور السينما
 - ← محطات تعبئة المياه
- **المسبح** هو حمام سباحة، بركة الحوض الصغيرة/بركة الرذاذ أو الرش أو حوض الحمام الساخن.
- **منشآت الخدمة الشخصية** هو المحل التجاري الذي يقدم خدمة شخصية إلى أو على جسد شخص آخر. تشمل أنواع منشآت الخدمة الشخصية على (على سبيل المثال وليس الحصر) صالون الحلاقة، محل التجميل، ثقب الجسم، الوشم أو أية خدمات المنتجات الصحية الأخرى (مثل التدليك، التفكير، إلخ).
- **عدد الأشهر التي يفتح فيها المحل** يشير إلى عدد الأشهر التي يفتح فيها المحل التجاري من خلال وضع علامة في المربع الصحيح. إذا كان المحل التجاري يعمل لمدة تقل عن 12 شهر في السنة، ضع علامة على المربعات التي تشير إلى الأشهر التي يكون المحل فيها مفتوحاً. من المهم تكملة هذه الفقرة لأنه يتم احتساب الرسوم وفق عدد الأشهر التي يكون المحل فيها مفتوحاً.
- **التبغ** بادر بتحديد إذا كنت تبغ التبغ و/أو المنتجات التي يتم استنشاقها أم لا.

سيطلب من المؤسسات "المرخصة" تقديم الرسوم مع استماراتهم.

يمكن دفع الرسوم نقداً أو بشيك في المكتب المحلي لحماية الصحة في منطقتك.

بالنسبة للمدفوعات ببطاقات الائتمان،

يرجى الاتصال على الرقم 918-7507 (604).

يمكن الحصول على استمارة موافقة الصحة من مكاتب الصحة البيئية التالية:

للاتصال بمكتب الصحة البيئية عبر الهاتف، يرجى الاتصال بـ
مركز الاتصالات المركزية للصحة العامة للسكان على:

604-587-3936

وأطلب التحدث مع المكتب المحلي في منطقتك.

برنابي

300 – 4946 Canada Way
Burnaby, BC V5G 4H7

دلتا (بما في ذلك تسواسين، وايت روك)
201 – 11245 84th Avenue
Delta, BC V4C 2L9

ميشين (بما في ذلك ديروش، دودني، هاتريك لايك،
لايك إيروك وميشين)
7298 Hurd Street
Mission, BC V2V 3H5

ريدج ميدوز (بما في ذلك مايل ريدج وبيت
ميدوز)
400 – 22470 Dewdney Trunk Road
Maple Ridge, BC V2X 5Z6

تراي ستيز (بما في ذلك كوكتلام، بورت كوكتلام،
بورت مودي، أنمور وبيلكارا)
300 – 205 Newport Drive
Port Moody, BC V3H 5C9

أبوتسفورد (بما في ذلك كلايبرن، كليربروك،
ماتسكي، ماونت ليهمان)
207 – 2776 Bourquin Crescent West
Abbotsford, BC V2S 6A4

تشيليواك (بما في ذلك أغاسيز، هاريسون هوت سبرينجز،
هوب، بوسطن بار، صان شاين فالي)
45470 Menholm Road
Chilliwack, BC V2P 1M2

لانغلي (بما في ذلك ألدغروف، فورت لانغلي، مدينة
لانغلي، بلدة لانغلي)
Langley Memorial Hospital
22051 Fraser Highway
Langley, BC V3A 4H4

نيو ويستمنستر
218 – 610 Sixth Street
New Westminster, BC V3L 3C2

سيري (بما في ذلك كلوفرديل)
Suite 100, Central City Tower
13450 – 102nd Avenue
Surrey, BC V3T 5X3

لمزيد من المعلومات عن خدمات الصحة البيئية، بادر بزيارة الموقع الإلكتروني لصحة فريزر على:

www.fraserhealth.ca/healthprotection