

हैल्थ अप्रूवल के लिए अपना आवेदन कैसे भरें

➤ आवेदन कैसे भरना है?

फ्रेज़र हेल्थ में निम्न प्रकार के व्यवसायों में से किसी एक का संचालन करने वाले हर व्यक्ति को "हैल्थ अप्रूवल के लिए आवेदन" देना होगा।

- **खाद्य पदार्थ** (रेस्टोरेंट, फूड स्टोर, फूड प्रोसेसिंग, मोबाइल वाहन, मोबाइल गाड़ी)

प्रोपेन या गैस से चलने वाले सभी मोबाइल आउटडोर फूड सर्विस उपकरणों पर बीसी सेफ्टी अथॉरिटी के अनुमोदन का डेकल होना चाहिए या "स्टैंडर्ड्स काउंसिल ऑफ़ कैनेडा" द्वारा मान्यताप्राप्त संगठन द्वारा प्रमाणित होना चाहिए।

- **पूल** (स्विमिंग पूल, हॉट टब, स्प्रे पूल)
- **व्यक्तिगत सेवा प्रतिष्ठान** (हेयर सैलून, एस्थेटिक्स, बॉडी पियर्सिंग, गोदना)

ध्यान रखें: यदि आप जल आपूर्ति प्रणाली के अनुमोदन के लिए आवेदन कर रहे हैं तो आपको "ड्रिंकिंग वाटर ऑपरेटिंग परमिट एप्लीकेशन" फॉर्म भरना होगा, जो www.fraserhealth.ca/drinkingwater पर उपलब्ध है।

➤ मुझे आवेदन भरने की आवश्यकता क्यों है?

एनवायरनमेंटल हैल्थ ऑफिसर द्वारा आपके व्यवसाय के संचालन के लिए आपको मंजूरी देने या "हैल्थ ऑपरेटिंग परमिट" जारी करने से पहले भरे हुए आवेदन की आवश्यकता होगी।

➤ आवेदन पत्र पर मुझे कौन सी जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता है?

1. निम्नलिखित को पूरा करें:
 - मालिक की जानकारी
 - साइट, बिलिंग और मेलिंग एड्रेस
 - हैल्थ अप्रूवल के लिए आवेदन की किस्म
 - सर्विस की किस्म
2. यदि आपका कोई सवाल है तो अपने स्थानीय एनवायरनमेंटल हैल्थ ऑफिसर से संपर्क करें।
3. सिग्नेचर सेक्शन में अपना नाम लिखकर हस्ताक्षर करें और तारीख लिखें।
4. भरे हुए फॉर्म को अपने एनवायरनमेंटल हैल्थ ऑफिसर को सौंपें या स्थानीय हैल्थ प्रोटेक्शन ऑफिस को फारवर्ड करें।

इस बुलेटिन में दिए गए हैल्थ अप्रूवल फॉर्म के आवेदन को भरने के लिए "4 चरणों" को पूरा करें।



fraserhealth APPLICATION FOR HEALTH APPROVAL
Health Protection

Permit Fee \$ _____ Date Collected / / Day Week Ann Cash MasterCard Sent to Billing / /

Owner Information

Type of Ownership (select one) Sole Proprietorship Partnership Corporation Society Copy of Legal Documents Provided

Legal Owner Name _____

Doing Business As (DBA) _____

SITE ADDRESS		BILLING ADDRESS	
Person In Charge/Operator	Street Address	Billing Contact Name (if different than Legal Owner Name)	Street Address
Street Address	Postal Code	City/Municipality/Township	Postal Code

चरण 1:

मालिक की जानकारी लिखें

➤ स्वामित्व का प्रकार

आपके व्यवसाय की जानकारी देने वाले स्वामित्व की किस्म के बगल में स्थित बॉक्स पर निशान लगाएं।

- **सोल प्रोपराइटर** का अर्थ एक ऐसा व्यवसाय है जो किसी एक व्यक्ति द्वारा स्वामित्व और संचालित है।
- **पार्टनरशिप** का अर्थ है कि व्यवसाय का स्वामित्व और संचालन दो या दो से अधिक व्यक्तियों द्वारा किया जाता है।
- **कारपोरेशन/लिमिटेड कंपनी** का अर्थ है कि एक या एक से अधिक व्यक्तियों को कानूनी रूप से व्यवसाय को चलाने के लिए एक अलग इकाई (अपने नाम और पहचान के साथ) के रूप में मान्यताप्राप्त है। कंपनी को इनकारपोरेटिंग के कानून के माध्यम से बनाया गया है।
- **सोसाइटी** का अर्थ किसी सामान्य उद्देश्य से जुड़े लोगों का समूह है।

यदि स्वामित्व की किस्म पार्टनरशिप वाली है, तो कृपया अपने वैध "पार्टनरशिप एग्रीमेंट" दस्तावेज़ की एक कॉपी शामिल करें।

यदि स्वामित्व कि किस्म कोई कारपोरेशन या सोसाइटी है, तो अपने "सर्टिफिकेट ऑफ इनकारपोरेशन" की एक कॉपी शामिल करें, यह बिजनेस/सोसाइटी को इनकारपोरेट किए जाते समय सरकारी एजेंट को सौंपा गया दस्तावेज़ है।

➤ वैध मालिक का नाम

व्यवसाय के वैध मालिक का नाम लिखें।

- **सोल प्रोपराइटरशिप** - मालिक का नाम।
- **पार्टनरशिप** - पार्टनरों के नाम।
- **कारपोरेशन/नंबर्ड कंपनी** - कारपोरेशन का नाम।
- **सोसाइटी** - सोसाइटी का नाम।

fraserhealth APPLICATION FOR HEALTH APPROVAL Health Protection

Permit Fee \$ / / dd/mm/yy 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 Copy of Legal Documents Provided

Legal Owner Name

Doing Business As (DBA)

SITE ADDRESS **BILLING ADDRESS**

Person in Charge/Operator Billing Contact Name (if different than Legal Owner Name) Same as Site Address

Email Address Street Address Street Address

City/Municipality/Province Postal Code City/Municipality/Province Postal Code

Emergency Contact Telephone Site Telephone () Telephone () Fax ()

() 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 Pool Size m² Personal Service Specify Primary Service

Wading / Spray Pool Hot Tub ≥ 19 m² < 19 m²

Seating Capacity: seats > 50 Seats ≤ 50 Seats

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 Permitted Pool Personal Service

Food Service Food Store FS Trained Non Permitted Pool Sanitation Plan

Food Service - Institutional Food Other FS 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

Single Service Utensils Only Mobile Vending Cart (menu items) FSA Approval Sticker #

EHO Name EHO Signature If covering, District EHO Name Approval Date dd/mm/yy

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

छाया वाले हिस्से केवल कार्यालय के इस्तेमाल के लिए हैं।

➤ (डीबीए) के रूप में कारोबार करना - कारोबार का नाम लिखें।

- **मोबाइल यूनिट के लिए वाहन लाइसेंस #** - यदि लागू हो तो डीबीए के बाद लाइसेंस प्लेट नंबर लिखें।

चरण 2:

साइट, बिलिंग और मेलिंग एड्रेस लिखें

निम्नलिखित के लिए टेलीफोन नंबरों सहित प्रत्येक पते के सेक्शन को भरें:

- **साइट एड्रेस** का अर्थ है आपके व्यवसाय का पता। उस व्यक्ति का नाम शामिल करें जो इनचार्ज होगा, उसका ईमेल, स्ट्रीट एड्रेस और सिटी जहां व्यवसाय स्थित है।
- **बिलिंग एड्रेस** का अर्थ है वह पता जहां बिल (यदि फैसिलिटी को परमिट दिया गया है) या डाक भेजी जानी है।
- **मेलिंग एड्रेस** का अर्थ है व्यवसाय के लिए स्थानीय मेलिंग एड्रेस (साइट का पता भी हो सकता है)।

चरण 3:

एप्लीकेशन की किस्म को लिखें

आपके द्वारा सौंपे जा रहे "एप्लीकेशन की किस्म" की जानकारी दें। यदि आपका कोई प्रश्न है, तो एनवायरमेंटल हेल्थ ऑफिसर से संपर्क करें।

- **न्यू फैसिलिटी** का अर्थ है किसी नई जगह पर नया कारोबार।
- **मालिक में परिवर्तन** का अर्थ है किसी मौजूदा कारोबार के आप नए मालिक बनने जा रहे हैं।
- **एड्रेस में बदलाव** का अर्थ है कि साइट, बिलिंग या मेलिंग एड्रेस बदल गया है।
- **फी कैटेगरी में बदलाव** का अर्थ है कि फैसिलिटी के कामकाज के संचालन को नॉन-बिलेबल से बिलेबल में बदलाव।
- **सर्विस में बदलाव** का अर्थ है कि किसी परमिट से शर्तों को जोड़ा या हटाया गया है।
- **नाम में बदलाव** का अर्थ है कि व्यवसाय का नाम बदल दिया गया है।
- **ऑपरेशन के महीनों में बदलाव** का अर्थ है वर्ष के दौरान आपके द्वारा संचालित महीनों की संख्या में बदलाव।
- **स्टेटस में बदलाव** का अर्थ है मौजूदा बिलिंग के दर्जे में बदलाव (उदाहरण के लिए, फीस में छूट या फीस का न लिया जाना, मल्टी फैसिलिटी डिस्काउंट, बैठने की क्षमता)।
- **परमिट में सुधार** का अर्थ है परमिट की जानकारी को सही या अपडेट करने की जरूरत है।
- **प्रभावी तिथि** - व्यवसाय शुरू होने की तिथि लिखें (इस तिथि से परमिट शुल्क लिया जाएगा)।

चरण 4:

सेवा की किस्म की जानकारी दें

कारोबार की जानकारी देने वाली "सर्विस की किस्म" के बगल में स्थित बॉक्स पर निशान लगाएं।

- **फूड सर्विस** एक ऐसा व्यवसाय है जिसमें जनता के उपभोग के लिए भोजन उपलब्ध कराया जाता है। फूड सर्विस कारोबार की किस्मों में शामिल हैं (लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं):
 - ⇒ पूर्ण सेवा देने वाले रेस्टोरेंट
 - ⇒ टेक आउट रेस्टोरेंट
 - ⇒ मोबाइल फूड कार्ट/कंसेशंस
 - ⇒ कैटरर्स
 - ⇒ फूड स्टोर (वे भी, जिनमें हॉट डॉग मशीन होती हैं)
 - ⇒ फूड प्रोसेसर
 - ⇒ मूवी थिएटर
 - ⇒ वाटर बॉटलिंग प्लांट
- **पूल** एक स्विमिंग पूल, वैडिंग पूल/स्प्रै पूल या हॉट टब है।
- **पर्सनल सर्विस एस्टैबलिशमेंट** एक ऐसा कारोबार है जो किसी अन्य व्यक्ति को या उसके शरीर के लिए निजी सेवाएं प्रदान करता है। पर्सनल सर्विस एस्टैबलिशमेंट की किस्मों में हेयर सैलून, एस्थेटिक्स, बॉडी पियर्सिंग, टैटू या अन्य स्पा सेवाएं (जैसे मालिश, रिफ्लेक्सोलॉजी, आदि) शामिल हैं (लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं)।
- **संचालित होने वाले महीनों की संख्या** को उपयुक्त बॉक्स के सामने सही का निशान लगाकर कारोबार के संचालित होने वाले महीनों की संख्या की जानकारी दें। यदि कारोबार का संचालन साल के 12 महीनों से कम होता है, तो उन महीनों की संख्या वाले बॉक्स पर निशान लगाएं जितने समय यह कारोबार खुला रहता है। इस सेक्शन की जानकारी देना महत्वपूर्ण है क्योंकि फीस उताने ही महीने ली जाएगी, जितने महीने कारोबार संचालित किया जाएगा।
- **तम्बाकू** यह जानकारी दें कि आप तम्बाकू और/या वेपर उत्पाद बेचते हैं या नहीं।

"परमिट प्राप्त" सुविधाओं को अपने आवेदन के साथ शुल्क जमा करना होगा।

भुगतान नकद या चेक द्वारा आपके स्थानीय हेल्थ प्रोटेक्शन ऑफिस में दिया जा सकता है।

क्रेडिट कार्ड भुगतान के लिए कृपया (604) 918-7507 पर कॉल करें।

हैल्थ अप्रूवल के लिए एप्लीकेशन को निम्न एनवायरनमेंटल हैल्थ ऑफिस से प्राप्त किया जा सकता है

एनवायरनमेंटल हैल्थ ऑफिस को फोन द्वारा संपर्क करने के लिए, कृपया कॉल करें

पॉपुलेशन पब्लिक हैल्थ सेंटरल कॉल सेंटर:

604-587-3936

और अपने स्थानीय क्षेत्रीय कार्यालय से संपर्क कराने का आग्रह करें।

एबट्सफोर्ड (एबट्सफोर्ड, एल्डरप्रोव, क्लेबर्न, क्लीयरब्रुक, मत्सकी और माउंट लेहमैन)
207 – 2776 Bourquin Crescent West
Abbotsford, BC V2S 6A4

चिलीवैक (अगासिज़, चिलीवैक, कोलांबिया वैली, कल्टस लेक, ग्रीनडेल, हैरिसन हॉट स्प्रिंग्स, हैरिसन मिल्स, रोज़डेल, सार्डिस और यैरो)
45470 Menholm Road
Chilliwack, BC V2P 1M2

लैंगली (फोर्ट लैंगली, लैंगली सिटी और लैंगली टाउनशिप)
Langley Memorial Hospital
22051 Fraser Highway
Langley, BC V3A 4H4

न्यू वेस्टमिंस्टर
218 – 610 Sixth Street
New Westminster, BC V3L 3C2

सरी (क्लोवरडेल सहित)
Suite 100, Central City Tower
13450 – 102nd Avenue
Surrey, BC V3T 5X3

बर्नबी
300 – 4946 Canada Way
Burnaby, BC V5G 4H7

डेल्टा (डेल्टा, ट्रासन और व्हाइट रॉक)
201 – 11245 84th Avenue
Delta, BC V4C 2L9

मिशन (डेरोचे, ज्यूडनी, हेट्जिक लेक, एरोक लेक और हैरिसन मिल्स)
7298 Hurd Street
Mission, BC V2V 3H5

रिज मीडोज (मेपल रिज और पिट मीडोज सहित)
400 – 22470 Dewdney Trunk Road
Maple Ridge, BC V2X 5Z6

ट्राई-सिटीज (कोकितलम, पोर्ट कोकितलम, पोर्ट मूडी, एनमोर और बेलकार्रा सहित)
300 – 205 Newport Drive
Port Moody, BC V3H 5C9

एनवायरनमेंटल हैल्थ सर्विसेज के बारे में जानकारी के लिए

www.fraserhealth.ca/healthprotection

पर फ्रेजर हैल्थ वेबसाइट पर संपर्क करें