

بنیاد پر منظوری کیلئے آپ کی درخواست صحت کی کیسے مکمل کریں۔



کس کو درخواست مکمل کرنے کی ضرورت ہے؟

جو کوئی بھی جو فریزر ہیلتھ میں درج ذیل قسم کے کاروبار چلاتا ہے انہیں "صحت کی بنیاد پر منظوری کیلئے

خوراک (ریسٹورانٹ، فوڈ اسٹور، فوڈ پروسیسنگ، موبائل گاڑی، رہڑی)

پر وہ پین یا گیس سے چلایا جانے والے تمام موبائل آؤٹ ڈور فوڈ سروس کے سامان کو
برٹش کولمبیا سیفٹی اتھارٹی یا "اسٹینڈرڈز کونسل آف کینیڈا" سے تصدیق شدہ ہونے اور
ان کی منظوری سے چلایا جانا چاہئے۔

پول (سوئمنگ پول، باٹھ، سپرے پول)

پرسنل سروس اسٹیبلسمنٹ (بال سنوارنے کے سیلون، جمالیات، جسم چھیدنا،
ٹیونگ)

fraserhealth		APPLICATION FOR HEALTH APPROVAL	
Health Protection		Permit Fee	Date Collected
Owner Information		\$	/ /
Type of Ownership (select one)		<input type="checkbox"/> Cash	<input type="checkbox"/> Visa
<input type="checkbox"/> Sole Proprietorship		<input type="checkbox"/> Cash	<input type="checkbox"/> MasterCard
<input type="checkbox"/> Partnership		Sent to Billing	
<input type="checkbox"/> Corporation		/ /	
<input type="checkbox"/> Society		/ /	
Legal Owner Name		- / - / -	
Doing Business As (DBA)		- / - / -	
STREET ADDRESS		MULTIPLE ADDRESS	
Name in Design/Operator		Using Different Name (if different than Legal Owner Name)	
Street Address		Street Address	
City/Municipality/Province		City/Municipality/Province	
Postal Code		Postal Code	

نوٹ: اگر آپ واٹر سپلائی سسٹم کیلئے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کو "ڈرنکنگ واٹر آپریٹنگ پرمٹ اپیلیکیشن" فارم مکمل کرنا ہوگا، جو کہ یہاں دستیاب ہے:

www.fraserhealth.ca/drinkingwater

مجھے درخواست دینے کی ضرورت کیوں ہے؟

ماحولیاتی صحت افسر کو آپ کے کاروبار کو چلانے یا "ہیلتھ آپریٹنگ پرمٹ" جاری کرنے کی منظوری سے پہلے ایک مکمل درخواست درکار ہے۔

مجھے درخواست فارم میں کون سی معلومات فراہم کرنے کی ضرورت ہے؟

1. درج ذیل کوائف مکمل کریں:

- مالک کے بارے میں معلومات
- مقام، پل بھیجنے اور ڈاک کا پتہ
- صحت کی منظوری کیلئے درخواست کی قسم
- سروس کی قسم

2. اگر آپ کے ذہن میں کچھ سوالات ہیں تو اپنے مقامی ماحولیاتی صحت افسر سے رابطہ کریں۔

3. دستخط والے حصے میں، اپنا نام پرنٹ کریں، دستخط کریں اور تاریخ لکھیں۔

4. مکمل شدہ فارم اپنے ماحولیاتی ہیلتھ آفیسر کے پاس جمع کروائیں یا مقامی ہیلتھ پروٹیکشن آفس کو بھیجیں۔

اس بلیٹن میں دئے گئے صحت کی منظوری کے فارم کے لیے
درخواست کو مکمل کرنے کے لیے "4 مراحل" پر عمل کریں۔

صحت کا تحفظ | صحت مند لوگوں اور صحت مند ماحول کو یقینی بنانا

مرحلہ 1: مالک کی معلومات مکمل کریں۔

ملکیت کی قسم

آپ کے کاروبار کی پہچان اور ملکیت کی قسم کے ساتھ والے باکس کو نشان زد کریں۔

ذاتی ملکیت کا مطلب ہے کہ کاروبار ایک شخص کی ملکیت ہے اور وہی اسے چلاتا ہے۔

شرکت داری کا مطلب ہے کاروبار دو یا دو سے زیادہ افراد کی ملکیت ہے اور وہ اسے چلا رہے ہیں۔

کارپوریشن لمیٹڈ کمپنی کا مطلب ہے ایک یا زیادہ افراد کاروبار چلاتے ہیں، جو (اپنے نام اور شناخت کے ساتھ) قانونی طور پر ایک علیحدہ ادارے کے طور پر تنظیم شدہ ہیں اور کمپنی کو انکارپوریشن کے عمل کے ذریعے بنایا گیا ہے۔

سوسائٹی کا مطلب ہے ایک مشترکہ مقصد سے وابستہ لوگوں کا ایک گروپ۔

اگر ملکیت کی قسم مشترکہ ہے، تو براہ کرم اپنے قانونی "شرکت کے معاہدے" کی دستاویزی ایک کاپی شامل کریں۔

اگر ملکیت کی قسم کارپوریشن یا سوسائٹی ہے، تو براہ کرم اپنے "انکارپوریشن کے سرٹیفکیٹ" کی ایک کاپی شامل کریں، یہ وہ دستاویز ہے جو حکومتی ایجنٹ کے پاس دائر کی گئی تھی جب کاروبار / سوسائٹی کو انکارپوریت کیا گیا تھا۔

قانونی مالک کا نام

کاروبار کے قانونی مالک کا نام لکھیں۔

ذاتی ملکیت - مالک کا نام۔

شرکت - شرکت داروں کے نام۔

کارپوریشن / نمبر وار کمپنی - کارپوریشن کا نام۔

سوسائٹی - سوسائٹی کا نام

fraserhealth 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) _____

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

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 Pool Size _____ m² Personal Service Specify Primary Service
 Wading / Spray Pool Hot Tub
Seating Capacity: _____ seats ≥ 19 m² < 19 m²
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 Name (please print) _____ Date of Signature dd/mm/yy _____
Signature _____

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 Declaration Form Attached Exempt Fee Waived Multi-Facility Operation COFL Food Facility
Conditions Take Out Only Full Service Mobile Other FHA Approval Sticker #
 Single Service Utensils Only Mobile Vending Cart (menu items)

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

شیڈ کئے ہوئے

حصے صرف

دفتری استعمال

کیلئے ہیں۔

کاروبار بطور (DBA) کاروبار کا نام لکھیں۔

گاڑی کا لائسنس نمبر موبائل یونٹ کیلئے اگر قابل اطلاق ہو تو DBA کے بعد لائسنس پلیٹ نمبر لکھیں۔

مرحلہ 2:

مکمل سائٹ، بلیگ اور ڈاک کے پتے

درج ذیل کیلئے ہر ایڈریس سیکشن کو مکمل کریں بشمول ٹیلی فون نمبر:

- جگہ کا پتہ: مطلب ہے آپ کے کاروبار کا پتہ۔ اس شخص کا نام شامل کریں جو انچارج ہوگا، اس کا ای میل، گلی کا پتہ اور شہر جہاں کاروبار واقع ہے۔
- بل بھیجے کا پتہ: مطلب ہے وہ پتہ جہاں بل (اگر کاروبار کو اجازت ہو) یا خط بھیجے جائیں۔
- ڈاک کا پتہ: مطلب ہے کاروبار کیلئے مقامی ڈاک کا پتہ (سائٹ ایڈریس اور یہ ایک ہو سکتے ہیں)۔

مرحلہ 3:

درخواست کی قسم مکمل کریں:

آپ جس "قسم کی درخواست" جمع کر رہے ہیں اس کی نشاندہی کریں۔ اگر آپ کو کوئی سوالات ہیں، ماحولیاتی ہیلتھ انفر سے رابطہ کریں۔

- نئی سہولت کا مطلب ہے نئی جگہ پر نیا کاروبار۔
- مالک کی تبدیلی کا مطلب ہے آپ کے ساتھ موجودہ کاروبار سنبھالنے والے مالک کے طور پر۔
- ایڈریس کی تبدیلی کا مطلب ہے سائٹ، بلیگ یا ڈاک کا پتہ بدل گیا ہے۔
- فیس سٹیٹنگ میں تبدیلی کا مطلب ہے آپریشن میں ناقابل بل سے قابل بل کی سہولت میں تبدیلی۔
- سروس کی تبدیلی کا مطلب ہے کہ اجازت نامے میں شرائط کو شامل یا ہٹا دیا جاتا ہے۔
- نام کی تبدیلی کا مطلب ہے کاروبار کا نام بدل گیا ہے۔
- آپریشن کی تبدیلی کے مہینوں کا مطلب ہے کہ آپ سال کے دوران کام کرنے والے مہینوں کی تعداد میں تبدیلی
- اسٹیٹس چھینج کا مطلب ہے موجودہ بلیگ اسٹیٹس میں تبدیلی (مثلاً فیس سے مستثنیٰ یا معاف، کثیر سہولت کی رعایت، ٹینٹے کی گنجائش)۔
- اجازت نامے کی درستگی کا مطلب ہے کہ اجازت نامے پر معلومات کو درست یا اپ ڈیٹ کرنے کی ضرورت ہے۔
- اجراء کی تاریخ۔ کاروبار کے کھلنے کی تاریخ لکھیں (اس تاریخ سے پرمٹ فیس وصول کی جائے گی)۔

مرحلہ 4:

سروس کی قسم مکمل کریں:

"سروس کی قسم" کے ساتھ والے باکس کو چیک کریں جو کاروبار کے بارے میں بتاتا ہے۔

- **فوڈ سروس** ایک ایسا کاروبار ہے جو عوام کے استعمال کیلئے خوراک فراہم کرتا ہے۔ فوڈ سروس کے کاروبار کی اقسام میں درج ذیل شامل ہیں (لیکن ان تک محدود نہیں):

- ↳ مکمل سروس ریستوراں
- ↳ ٹیک آؤٹ ریستوراں۔
- ↳ وہاؤس فوڈ کارٹ/رعایتیں۔
- ↳ کیٹرز
- ↳ فوڈ اسٹورز (بشمول گرم ہاٹ ڈاک کی مشینیں)
- ↳ فوڈ پروسیسرز
- ↳ مووی تھیٹر
- ↳ پانی کی بوتل والی پلانٹ

- پول ایک سوئمنگ پول، ویڈنگ پول اسپرے پول یا ہاٹ ٹب۔
- پوسٹل سروس اسٹیبلشمنٹ ایک ایسا کاروبار ہے جو کسی دوسرے شخص کو یا اس کے جسم پر ذاتی خدمات فراہم کرتا ہے۔ ذاتی خدمات کے اداروں کی اقسام میں ہیئر سیلون، جمالیات، جسم چھیدنے، ٹیوٹو بنانے یا دیگر سپا خدمات (مثلاً مساج، ریفلیکسولوجی وغیرہ) شامل ہیں (لیکن ان تک محدود نہیں)

- کاروبار کے مہینوں کی تعداد مناسب باکس کو نشان زد کر کے کاروبار کے چلنے والے مہینوں کی تعداد کی نشاندہی کریں۔ اگر کاروبار سال میں 12 مہینوں سے کم کام کرتا ہے تو ان مہینوں کے باکس کو چیک کریں جن میں کاروبار کھلا ہے۔ اس سیکشن کو مکمل کرنا ضروری ہے کیونکہ فیس ان مہینوں کیلئے لاگو ہوتی ہے جن میں کاروبار چلتا ہے۔

- تمباکو اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا آپ تمباکو اور یا ویپ (Vap) کی مصنوعات بیچتے ہیں یا نہیں۔

"اجازت یافتہ" کاروباروں کو اپنی درخواست کے ساتھ فیس جمع کرانے کی ضرورت ہوگی۔ ادائیگی نقد یا اپنے مقامی ہیلتھ پروٹیکشن آفس میں چیک کے ذریعے کی جاسکتی ہے۔ براہ کرم کریڈٹ کارڈ کی ادائیگی کیلئے کال کریں۔ 918-7507 (604)

صحت کی منظوری کیلئے درخواست درج ذیل ماحولیاتی ہیلتھ کے دفاتر سے حاصل کی جاسکتی ہے۔

براہ کرم مقامی ماحولیاتی ہیلتھ آفس سے فون کے ذریعے رابطہ کرنے کیلئے،
پاپولیشن پبلک ہیلتھ سنٹرل کال سینٹر پر کال کریں:

604-587-3936

اور اپنے مقامی ایریا آفس سے رابطہ کرنے کی درخواست کریں۔

<p>برنی 300 – 4946 Canada Way Burnaby, BC V5G 4H7</p>	<p>میشن فورڈ (ایسٹسٹورڈ، ایبلڈر گرو، کلی برن، کلیئر بروک، مینسکی اور ماؤنٹ لیمن) 207 – 2776 Bourquin Crescent West Abbotsford, BC V2S 6A4</p>
<p>ڈیلٹا (ڈیلٹا، ساواسن اور وائٹ راک) 201 – 11245 84th Avenue Delta, BC V4C 2L9</p>	<p>چلی ویک (اگاسیز، چلی ویک، کولمبیا ویلی، کلنٹس جمیل، گرینڈیل، ہیبرسن ہاٹ اسپرنگس، ہیبرسن ملز، روزڈیل، سارڈیس اور یارو) 45470 Menholm Road Chilliwack, BC V2P 1M2</p>
<p>مشن (ڈیروپے، ڈیوڈنی، ہیٹزک جمیل، جمیل ایریوچ اور مشن) 7298 Hurd Street Mission, BC V2V 3H5</p>	<p>لینگی (نورٹ لینگی، لینگی سٹی اور لینگی ٹاؤن شپ) Langley Memorial Hospital 22051 Fraser Highway Langley, BC V3A 4H4</p>
<p>رج میڈوز (میپل راج اور پٹ میڈوز) 400 – 22470 Dewdney Trunk Road Maple Ridge, BC V2X 5Z6</p>	<p>نیو ویسٹ منسٹر 218 – 610 Sixth Street New Westminster, BC V3L 3C2</p>
<p>ٹرائی سٹی (کو کیٹلم، پورٹ کو کیٹلم، پورٹ موڈی، انمور اور سیلکارا) 300 – 205 Newport Drive Port Moody, BC V3H 5C9</p>	<p>سرے (کلورڈیل اور سرے) Suite 100, Central City Tower 13450 – 102nd Avenue Surrey, BC V3T 5X3</p>

ماحولیاتی صحت کی خدمات کے بارے میں معلومات کیلئے فریئر ہیلتھ کی ویب سائٹ پر جائیں: www.fraserhealth.ca/healthprotection