



THÀNH PHỐ ALBUQUERQUE  
SỞ Y TẾ MÔI TRƯỜNG  
PHÒNG BẢO VỆ SỨC KHỎE NGƯỜI TIÊU DÙNG

**ĐƠN XIN CẤP GIẤY PHÉP KINH DOANH SẢN PHẨM TƯƠI SỐNG**

1 Civic Plaza NW, 3rd Floor, Room 3023, Albuquerque, NM 87102  
(505)768-2738

**ĐƠN CHƯA ĐIỀN ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN SẼ KHÔNG ĐƯỢC XỬ LÝ**

**GIẤY PHÉP CHỈ CÓ HIỆU LỰC SAU KHI ĐÃ THANH TOÁN PHÍ \$15**

**Phải nộp đơn trước sự kiện ít nhất một tuần**

Cần thanh toán \$15 phí cấp giấy phép trước ngày cấp Giấy Phép Kinh Doanh Sản Phẩm Tươi Sống. Đơn vị bán hàng chỉ được kinh doanh sau khi đã nộp phí và nhận được giấy phép. Giấy Phép Kinh Doanh Sản Phẩm Tươi Sống không được chuyển nhượng và chỉ có hiệu lực cho một gian hàng cụ thể ở một địa điểm cụ thể. Quý vị **cần có** Giấy Phép do Thành Phố cấp để hoạt động ở bất kỳ sự kiện nào, nhưng giấy phép này **không phải** là giấy chấp thuận tham gia hoạt động ở bất kỳ sự kiện cụ thể nào. Việc tham gia hoạt động ở một sự kiện cụ thể tùy thuộc vào quyết định của Điều Phối Viên Sự Kiện.

Quý vị có thể nộp đơn qua email [consumerhealth@cabq.gov](mailto:consumerhealth@cabq.gov) hoặc trực tiếp tại văn phòng của chúng tôi. Quý vị có thể thực hiện thanh toán trực tuyến sau khi nhận được hóa đơn hoặc trực tiếp bằng séc hoặc tiền mặt (yêu cầu thanh toán đúng khoản tiền lẻ).

**Giấy phép này không áp dụng cho những người bán hàng kinh doanh theo Đạo Luật Thực Phẩm Sản Xuất Tại Nhà (Homemade Food Act).**

(Nếu quý vị kinh doanh theo Đạo Luật Thực Phẩm Sản Xuất Tại Nhà, **hãy dừng tại đây** và không nộp đơn xin giấy phép; quý vị có thể xem thông tin về đạo luật này bằng cách truy cập <https://www.cabq.gov/environmentalhealth/food-safety>)

**THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN**

Tên Chủ Sở Hữu/Người Điều Hành:

Tên Cơ Sở:

Địa Chỉ Thường Trú:

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip:

Tên Sự Kiện:

Nhà Tổ Chức Sự Kiện:

*(Nếu xin giấy phép bán hàng ở chợ nông sản, đơn này phải được nộp thông qua ban quản lý/nhà tổ chức khu chợ)*

Ngày Bắt Đầu Sự Kiện:

Ngày Kết Thúc Sự Kiện:

*(Giấy Phép Kinh Doanh Sản Phẩm Tươi Sống chỉ có hiệu lực trong tròn một năm theo lịch ở một địa điểm cố định.)*

Địa Chỉ Sự Kiện:

Số Điện Thoại Người Nộp Đơn:

Địa Chỉ Email Người Nộp Đơn:

Số Điện Thoại Dự Phòng:

**NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM**

**(nếu không phải là Người Nộp Đơn)**

Người sẽ có mặt tại địa điểm và chịu trách nhiệm về an toàn thực phẩm.

Tên/Chức Vụ:

Địa Chỉ:

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip:

Số Điện Thoại:

Địa Chỉ Email:

Số Điện Thoại Dự Phòng:

**Liệt kê TẤT CẢ mặt hàng tươi sống sẽ được bán.**

**CÁC LOẠI MÀM, THỰC PHẨM ĐÓNG GÓI SẴN VÀ THỰC PHẨM ĐÃ ĐƯỢC CHUẨN BỊ, BAO GỒM CẢ SẢN PHẨM TƯƠI SỐNG ĐÃ CẮT XẼ**

**BỊ CẤM BUÔN BÁN THEO GIẤY PHÉP NÀY.**

**Bằng cách ký tên ở bên dưới, tôi xác nhận và khẳng định rằng:**

- Tất cả thông tin ghi trên đơn đăng ký này là chính xác;
- Tôi sẽ thông báo cho CHPD về bất kỳ thay đổi nào đối với thông tin đã cung cấp;
- Tôi sẽ tuân thủ tất cả các yêu cầu trong điều §§ 9-6-3-1 của Sắc Lệnh Gian Hàng Sản Phẩm Tươi Sống của Thành Phố Albuquerque và ROA 1994 tiếp sau đó, phần liên quan đến gian hàng/việc bán sản phẩm tươi sống;
- Tôi hiểu rằng giấy phép này giới hạn cho việc bán sản phẩm tươi sống; việc bán các loại thực phẩm khác có thể cần xin cấp các giấy phép bổ sung;
- Tôi hiểu rằng Sắc Lệnh Gian Hàng Sản Phẩm Tươi Sống của Thành Phố Albuquerque § 9-6-3-2 quy định rằng bất kỳ giấy phép nào nhận được từ đơn đăng ký này chỉ áp dụng cho một gian hàng cụ thể ở một địa điểm cụ thể trong khoảng thời gian là tròn một năm theo lịch;
- Tôi đã đọc và hiểu điều §25-12-1 và NMSA 1978 tiếp sau đó của Đạo Luật Thực Phẩm Sản Xuất Tại Nhà. Tôi không chuẩn bị hoặc bán "[các] món ăn uống sản xuất tại nhà" như được xác định trong Đạo Luật Thực Phẩm Sản Xuất Tại Nhà và tôi không kinh doanh theo Đạo Luật Thực Phẩm Sản Xuất Tại Nhà; và
- Tôi có quyền cho phép, và sẽ cho phép, CHPD tiếp cận Cơ Sở Kinh Doanh Thực Phẩm được nêu tên ở trên và hồ sơ của cơ sở nhằm mục đích thực thi §§9-6-3-1 và ROA 1994 tiếp sau đó.

Tên In Hoa Người Nộp Đơn: \_\_\_\_\_

Chữ Ký Người Nộp Đơn: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ Ký Cơ Quan Y Tế: \_\_\_\_\_

**Dành Riêng Cho Cơ Quan Chức Năng**

Check# \_\_\_\_\_  Online Payment  Cash

Amount Paid: \$ \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

EHD Employee: \_\_\_\_\_