



กองงานคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม เมืองแอลบูเคอร์คี
ใบสมัครขอใบอนุญาตประกอบกิจการอาหารแบบชั่วคราว

1 Civic Plaza NW, ชั้น 3, ห้อง 3023, Albuquerque, NM 87102
(505)768-2738

ใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์จะไม่ได้รับการดำเนินการ

ใบอนุญาตจะใช้ไม่ได้จนกว่าจะชำระค่าธรรมเนียม

นิยม \$25

ต้องส่งใบสมัครอย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ก่อนจัดงาน

มีกำหนดค่าธรรมเนียม \$25 ก่อนที่จะออกใบอนุญาตจำหน่ายอาหารแบบชั่วคราว
ห้ามมิให้ผู้ค้าเปิดทำการก่อนชำระเงินและได้รับใบอนุญาต
ใบอนุญาตจำหน่ายอาหารแบบชั่วคราวไม่สามารถถ่ายโอนได้และใช้ได้เฉพาะกับสถานที่แห่งเดียวเท่านั้น
จำเป็นต้องมีใบอนุญาตที่ออกโดยเมืองเพื่อดำเนินการในทุกงาน แต่ไม่ใช่การอนุมัติให้เข้าร่วมงานใดงานหนึ่งโดยเฉพาะ
การมีส่วนร่วมในตลาดใดตลาดหนึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ประสานงานของงานนั้นๆ

ส่งใบสมัครไปที่สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กองงานคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค ("CHPD") ผ่านทาง
consumerhealth@cabq.gov หรือด้วยตนเองที่สำนักงานของเรา

สามารถทำการชำระเงินทางออนไลน์หลังจากได้รับใบแจ้งหนี้หรือชำระด้วยตนเองผ่านเช็ค ธนาณัติ หรือเงินสดได้
(ต้องเป็นจำนวนเงินที่พอดี)

ผู้ค้าที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติด้านอาหารโฮมเมด ไม่อยู่ในขอบเขตของการอนุญาตนี้
(หากคุณปฏิบัติตามพระราชบัญญัติด้านอาหารโฮมเมด โปรดหยุดที่ตรงนี้ และไม่ยื่นใบสมัครขอใบอนุญาต)
ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพระราชบัญญัติได้ที่ <https://www.cabq.gov/environmentalhealth/food-safety>)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อเจ้าของ/ผู้ประกอบการ:

ชื่อสถานประกอบการ:

ที่อยู่ถาวร:

เมือง/รัฐ/รหัสไปรษณีย์:

ชื่อกิจกรรม:

ผู้จัดการกิจกรรม:

(หากจำหน่ายที่ตลาดสำหรับเกษตรกร ต้องส่งใบสมัครนี้ผ่านผู้จัดการตลาด/ผู้จัดงาน)

วันที่เริ่มงาน:

วันที่สิ้นสุดงาน:

(ใบสมัครขอใบอนุญาตประกอบกิจการอาหารแบบชั่วคราวมีอายุ 14 วันสำหรับสถานที่ที่แน่นอน มิฉะนั้น โปรดทำเรื่องขอการเปลี่ยนแปลง)

ที่อยู่จัดงาน:

หมายเลขโทรศัพท์ของผู้สมัคร:

ที่อยู่อีเมลของผู้สมัคร:

หมายเลขโทรศัพท์สำรอง:

ผู้รับผิดชอบ
(กรณีไม่ใช่ผู้สมัคร)

บุคคลที่จะดำเนินการที่ตลาดและรับผิดชอบเรื่องความปลอดภัยของอาหาร

ชื่อ:	
ที่อยู่:	เมือง/รัฐ/รหัสไปรษณีย์:
หมายเลขโทรศัพท์:	ที่อยู่อีเมล:
หมายเลขโทรศัพท์สำรอง:	

ข้อมูลสถานที่จัดเตรียมอาหาร

จำเป็นต้องมีสถานที่จัดเตรียมอาหาร เว้นแต่ผู้สมัครสามารถแสดงให้เห็นว่ามีการเตรียมอาหารทั้งหมดได้ในงาน
จำเป็นต้องมีสำเนาใบอนุญาตของสถานที่จัดเตรียมอาหาร
จำเป็นต้องมีสำเนาสัญญาสำหรับสถานที่จัดเตรียมอาหาร เว้นแต่ว่าคุณจะเป็นเจ้าของสถานที่จัดเตรียมอาหารด้วย

ชื่อสถานที่จัดเตรียมอาหาร:	
ที่อยู่:	เมือง/รัฐ/รหัสไปรษณีย์:
หมายเลขโทรศัพท์:	ที่อยู่อีเมล:
หมายเลขโทรศัพท์สำรอง:	

แบบสอบถาม

- คุณมีใบอนุญาตด้านสุขภาพที่ยังไม่หมดอายุจากสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมของเมืองแอลบูเคอร์คีหรือไม่
 ไม่
 มี: โปรดแนบสำเนาใบอนุญาตของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ยังไม่หมดอายุดังกล่าว
- คุณมีอ่างล้างมือประเภทใดสำหรับล้างมือ ซึ่งก็แบบต่อท่อหน้าประปา
 มีน้ำร้อนให้ใช้หรือไม่ มี ไม่มี
 ภาชนะแบบปล่อยน้ำไหลออกตามแรงโน้มถ่วง จะมีน้ำร้อนให้ใช้หรือไม่ มี ไม่มี
- ซอห์น้อมจะได้รับการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อหรือไม่
 ใช่ ฉันมีอ่างล้างจานแบบสามตอน
 ไม่ ฉันจะใช้ซอห์น้อมแบบใช้แล้วทิ้ง
- จะมีการจัดส่งอาหารที่อาจเป็นอันตรายไปยังตลาดหรือไม่
 ไม่
 ใช่: โปรดอธิบายว่าอาหารที่อาจเป็นอันตรายจะจัดเก็บไว้ในอุณหภูมิที่ปลอดภัยระหว่างการขนส่งอย่างไร

เอกสารแนบที่จำเป็น

- สำเนาของเมนูฉบับเต็มหากมีรายการเมนูเพิ่มเติมที่ไม่ได้ระบุไว้ด้านล่าง
- สำเนาใบอนุญาตของสถานที่จัดเตรียมอาหาร ถ้ามี
- สัญญาของสถานที่จัดเตรียมอาหาร ถ้ามี
- สำเนาการจดทะเบียนธุรกิจกับเมืองแอลบูเคอร์คี ถ้ามี
- สำเนาใบอนุญาตของกองคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม City of Albuquerque ที่ยังไม่หมดอายุซึ่งถือโดยผู้สมัคร/สถานประกอบการ ถ้ามี

รายการอาหารทั้งหมดที่จะขาย

**รายการห้ามจำหน่าย: อาหารที่มีกัญชา ชูชิ อาหารทะเลแบบสด ตันอ่อนพิซซ
และผลิตภัณฑ์จากนมที่ยังไม่ผ่านการพาสเจอร์ไรส์**

***ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดจะต้องติดฉลากอย่างถูกต้องและเก็บรักษาไว้ในอุณหภูมิที่เหมาะสมระหว่างการขนส่ง
การจัดแสดง และการบริการ/การขาย**

รายการอาหาร	สถานที่ในการ	ขั้นตอนในการทำอาหาร	อุณหภูมิของอาหารและ
-------------	--------------	---------------------	---------------------

	จัดเตรียมอาหาร	(เช่น ทอด ย่าง อบ อุ่น)	วิธีการเก็บรักษา
ตัวอย่าง: ถั่วชิลี		ปรุงบนเตาในบุธ	165°F หม้ออบไอน้ำ

รายการอาหาร	สถานที่ในการจัดเตรียมอาหาร	ขั้นตอนในการทำอาหาร (เช่น ทอด ย่าง อบ อุ่น)	อุณหภูมิของอาหารและวิธีการเก็บรักษา

คำขอสำหรับการเปลี่ยนแปลง

ฉันขอให้มีการเปลี่ยนแปลงจากข้อกำหนดต่อไปนี้ของกฎระเบียบด้านการสุขาภิบาลอาหาร § 9-6-1-1 et. seq.:

เหตุผลในการขอการเปลี่ยนแปลง:

ข้อกำหนดนี้สร้างภาระทางเศรษฐกิจที่ไม่เหมาะสมต่อธุรกิจของฉัน

ข้อกำหนดนี้สร้างความยากลำบากเกินควรแก่ธุรกิจของฉัน

หลักฐานสนับสนุนสำหรับคำขอการเปลี่ยนแปลง:

(โปรดระบุคำอธิบายที่อธิบายว่าเหตุใดข้อกำหนดจึงสร้างภาระทางเศรษฐกิจหรือความยากลำบากที่ไม่เหมาะสมหรือทั้งสองอย่างสำหรับธุรกิจของคุณ คำอธิบายนี้จำเป็นสำหรับกองคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภคเพื่อประเมินคำขอของคุณ หากทำเครื่องหมายที่ช่องการเปลี่ยนแปลงและส่วนนี้เว้นว่างไว้ ใบสมัครจะไม่สมบูรณ์ และกองคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภคจะปฏิเสธการเปลี่ยนแปลง).

โดยการลงนามด้านล่างนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันและรับรองว่า:

ข้อมูลทั้งหมดที่อยู่ในใบสมัครนี้ถูกต้อง

ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ CHPD ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่ให้ไว้

ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดทั้งหมดของกฎระเบียบด้านการสุขาภิบาลอาหารของเมืองแอลบูเคอร์คี §§ 9-6-1-1 et. seq. ROA 1994 ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานประกอบการบริการอาหารแบบชั่วคราว

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า CHPD

อาจกำหนดข้อกำหนดเพิ่มเติมและอาจห้ามการขายหรือการแจกจ่ายอาหารที่อาจเป็นอันตรายบางส่วนหรือทั้งหมดตามที่ระบุไว้ใน §§ 9-6-1-4(A)(1) ROA 1994 เพื่อปกป้องผู้บริโภค

ข้าพเจ้าเข้าใจว่ากฎระเบียบด้านการสุขาภิบาลอาหารของเมืองแอลบูเคอร์คี มาตรา § 9-6-1-4

จำกัดการดำเนินการภายใต้ใบอนุญาตนี้ให้อยู่ในสถานที่ที่แน่นอนเป็นระยะเวลาไม่เกินสิบวัน

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเพื่อให้ได้รับการเปลี่ยนแปลง ข้าพเจ้าต้องร้องขอการเปลี่ยนแปลงตามที่ระบุไว้ใน § 9-6-1-16

ของกฎระเบียบด้านการสุขาภิบาลอาหารของเมืองแอลบูเคอร์คี

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจพระราชบัญญัติด้านอาหารโฮมเมด §25-12-1 et seq. NMSA 1978 แล้ว

ข้าพเจ้าไม่ได้จัดเตรียมหรือขาย "รายการอาหารโฮมเมด" ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติดังกล่าว

และข้าพเจ้าไม่ได้อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติด้านอาหารโฮมเมด

"อาหารที่อาจเป็นอันตราย" ทั้งหมดตามที่กำหนดไว้ใน §§ 9-6-1-1 ROA 1994

ได้รับการจัดเตรียมในสถานที่ที่ตรงตามข้อกำหนดของ §§ 9-6-1-1 et seq ROA 1994 และ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะอนุญาต และจะอนุญาตให้ CHPD

เข้าถึงสถานประกอบกิจการอาหารที่มีชื่ออยู่ด้านบนและบันทึกเพื่อวัตถุประสงค์ในการบังคับใช้ §§9-6-1-1 et seq. ROA 1994

ชื่อตัวบรรจงของผู้สมัคร: _____

ลายมือชื่อของผู้สมัคร: _____

วันที่: _____

ลายมือชื่อของหน่วยงานด้านสุขภาพ: _____

สำหรับการใช้งานของเจ้าหน้าที่เท่านั้น

เช็คหมายเลข _____ การชำระเงินทางออนไลน์

เงินสด

จำนวนเงินที่ชำระ: \$ _____ วันที่: _____

พนักงานของ FHD: _____