



## ДЕПАРТАМЕНТ ИНСПЕКЦИОННЫХ УСЛУГ

### УСТАНОВКА ВАННОЙ

Для получения лицензии Департамента инспекционных услуг и Отдела санитарных инспекций города Бостон, необходимо предоставить следующее:

1. Подтверждение права на ведение бизнеса в штате Массачусетс (свидетельство о предпринимательской деятельности в Бостоне и/или устав корпорации или партнерства).
2. Две фотографии заявителя паспортного размера (2" x 2").
3. Письменное подтверждение возраста (свидетельство о рождении, водительские права, паспорт).
4. Разрешение зонирования (Акт приемки здания в эксплуатацию) от Отдела зонирования Департамента инспекционных услуг города Бостон.
5. Для новых сооружений требуется предоставить четыре копии планов и запросить рассмотрение, обратившись непосредственно в офис и обсудив вопрос с руководителем по телефону (617) 635-5326.
6. Заявление в Отдел здравоохранения.
7. Заявление для проверки на отсутствие в семье уголовного преступника (CORI).
8. Оплатить ежегодный лицензионный сбор в размере 200 долларов.

**Заявления принимаются с понедельника по пятницу с 8:00 до 15:30**



## ДЕПАРТАМЕНТ ИНСПЕКЦИОННЫХ УСЛУГ

### УСТАНОВКА ВАННОЙ

Полное имя заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_  
Номер дома \_\_\_\_\_ Улица \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Номер домашнего телефона \_\_\_\_\_ Номер рабочего телефона \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Название бизнеса \_\_\_\_\_

Адрес бизнеса \_\_\_\_\_  
Номер дома \_\_\_\_\_ Улица \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

В случае корпорации или партнерства, укажите имя, должность и домашний адрес должностных лиц, членов партнерства, акционеров, владеющих 10% и более акций.

Название корпорации или партнерства \_\_\_\_\_

Имя и фамилия/должность \_\_\_\_\_

Домашний адрес/номер телефона \_\_\_\_\_

Название корпорации или партнерства \_\_\_\_\_

Имя и фамилия/должность \_\_\_\_\_

Домашний адрес/номер телефона \_\_\_\_\_

Название корпорации или партнерства \_\_\_\_\_

Имя и фамилия/должность \_\_\_\_\_

Домашний адрес/номер телефона \_\_\_\_\_

Штат регистрации корпорации \_\_\_\_\_ Номер налогоплательщика \_\_\_\_\_

Устав корпорации или партнерства представлены: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Свидетельство о предпринимательской деятельности в Бостоне представлено: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Утверждение отдела зонирования/строительства: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Все адреса проживания заявителя за последние пять (5) лет:

Дата рождения \_\_\_ Возраст \_\_\_ Пол \_\_\_ Рост \_\_\_ Вес \_\_\_ Цвет волос \_\_\_ Цвет глаз \_\_\_\_\_

Две (2) фотографии размером 2" x 2" заявителя за последние три (3) года:

Необходимо представить сведения о прежних профессиях заявителя: Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Профессия

Название и адрес бизнеса

Опыт установки ванн

---

Перечислить все **обвинительные приговоры по уголовным делам, лишение залога, признание вины или отказ оспаривать обвинение**, за исключением нарушений правил дорожного движения, мелких правонарушений и административных нарушений:

---

Приостанавливало ли или отзывало ли какое-либо агентство, совет, город, округ или штат имеющуюся у Вас лицензию или разрешение?

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

---

Я разрешаю Департаменту запрашивать и получать информацию или справки, необходимые для проверки сведений, содержащихся в настоящем заявлении:

---

Подпись заявителя

---

Номер социального страхования

Я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вся информация, содержащаяся в заявлении является истинной и правильной. **Любые ложные сведения в данном заявлении являются основанием для отказа в выдаче или аннулирования любой выданной лицензии.**

---

Подпись заявителя

---

Номер социального страхования

1010 MASSACHUSETTS AVE., 4TH FLOOR, BOSTON, MA, 02118 • Телефон (617) 635-5326 • Факс: (617) 635-5388

Адрес эл. почты: [ISDHealth@boston.gov](mailto:ISDHealth@boston.gov) Веб-сайт: [www.boston.gov](http://www.boston.gov)



## ДЕПАРТАМЕНТ ИНСПЕКЦИОННЫХ УСЛУГ

### ФОРМА ЗАПРОСА ПРОВЕРКИ НА ОТСУТСТВИЕ В СЕМЬЕ УГОЛОВНОГО ПРЕСТУПНИКА (CORI)

Отдел инспекционных услуг города Бостон получил сертификат Совета по системам криминальной истории на доступ к данным об осужденных лицах и находящихся на рассмотрении уголовных делах. Как заявитель/сотрудник

\_\_\_\_\_, я понимаю, что проверка судимости будет проводиться только для получения информации о судимостях и текущих уголовных делах и что она не обязательно дисквалифицирует меня. Вся информация верна, насколько мне известно.

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Девичья фамилия или псевдоним (если применимо) \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Последние шесть (6) цифр номера социального страхования - \_\_\_\_\_

Имя и фамилия отца \_\_\_\_\_  
(Имя) (Фамилия)

Девичье имя и фамилия матери \_\_\_\_\_  
(Имя) (Фамилия)

Фамилия и имя матери в браке \_\_\_\_\_  
(Имя) (Фамилия)

Текущий и прошлый адреса \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Расовая принадлежность \_\_\_\_\_

Номер водительского удостоверения штата \_\_\_\_\_

Подпись заявителя/сотрудника \_\_\_\_\_

Информация была проверена с помощью удостоверения личности с фотографией, выданного правительством:

Запросил \_\_\_\_\_

(Подпись уполномоченного сотрудника CORI)