流动食品摊贩卫生检查申请表

DC HEALTH GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA MURIEL BOWSER, MAYOR

请使用本表申请卫生检查证书，以合法运营流动食品摊贩。每台流动食品设备需单独申请。

第 1 步：收集证明材料。*提交文件副本，勿提供原件。*

所有申请者需提交：

- 摊主由政府签发的带照片身份证件
- 摊主持有由哥伦比亚特区政府签发的认证食品保障经理 (CFPM) 证书
- 有效的摊贩车辆登记证
- 当前提供给顾客的菜单
- 支持设施/仓库的最新检查报告及营业执照（*若设施不在哥伦比亚特区内*）
- 停车合同（*如适用；详见第 3 步"停车要求"*）

续期或变更所有权需额外提交：

- 为所有员工提供 DLCP 供应商员工徽章
- DLCP 签发的摊贩营业执照
- DLCP 签发的摊贩场地许可（*如适用*）
- 哥伦比亚特区消防和紧急医疗服务部 (DC FEMS) 签发的消防许可（*如适用*）

新申请人需额外提交：

- 流动设备平面图/蓝图（*需数字制图，不接受手绘*）
- 将在移动摊贩使用的所有设备的生产商规格说明书
- （*如水槽、冰箱、烤箱、油炸锅、平板烤炉等*）设备须符合 ANSI/NSF 或同等标准。

第 2 步：确认是否需要危害分析关键控制点 (HACCP) 计划。

是否经哥伦比亚特区卫生部 (DC Health) 判定需提交 HACCP 计划？ ☐ 是 ☐ 否	HACCP 计划规定了在食品制备过程中控制潜在危害的程序。根据菜单复杂程度和食品加工工艺，可能需要该计划。请将您的菜单发送至 HACCP.Plans@dc.gov 以获取判定结果。

第 3 步：填写以下信息。

申请类型 *（单选）*

☐ 流动摊贩新申请人	☐ 卫生检查证书续期	☐ 所有权变更

流动摊贩设备信息

移动摊贩设备类型： *（单选）*	☐ 餐车 ☐ 手推车 ☐ 冰淇淋车 ☐ 路边摊 ☐ 食品拖车 ☐ 其他：_____
移动摊贩设备商业名称：	
DC Health 贴纸编号：	
车辆识别码 (VIN)：	
车牌号：	**车牌签发州：** / **摊贩场地许可号：**
清水箱容量 *（手推车：需 5 加仑 | 车辆/拖车：需 38 加仑）*：	_____ **加仑**
污水箱容量 *（须比清水箱大 15%）*：	_____ **加仑**
移动摊贩设备长度 *（前后保险杠间距不超过 18 英尺 6 英寸/约 5.6 米）*：	_____ **英尺** _____ **英寸**
移动摊贩设备长度 *（从轮胎底部至设备顶部最高不超过 10 英尺 6 英寸/约 3.2 米）*：	_____ **英尺** _____ **英寸**
设备是否能在营业期间持续提供热水（110°F/43°C）？	☐ 是 ☐ 否
设备使用的发电机类型：	☐ 丙烷 ☐ 电力 ☐ 既非丙烷也非电力

摊主信息 *请列出摊主持有由哥伦比亚特区签发单的认证食品保障经理证书 (CFPM) 编号及其他员工证书编号。如有多个摊主，请随申请附上其他 CFPM 证书。*

所有者姓名：	**CFPM 编号：**
员工姓名：	**CFPM 编号：**

所有权信息

所有权实体： ☐ 个人 ☐ 公司 ☐ 有限责任公司 ☐ 合伙企业 ☐ 其他：_____

公司名称 *（如适用）*：

DLCP 颁发的摊贩营业执照: ☐ 我的执照号为：_____ ☐ 正在申请执照中

摊主姓名：		**电话：**		
电子邮件：				
地址：	**单元号：**	**城市：**	**地址：**	**单元号：**
拥有的所有流动食品设备商业名称：				

支持设施/仓库信息 *用于食品储存准备、流动摊贩设备停放清洁的场所。*

设施名称：		**设施所有者姓名：**		
设施地址：	**单元号：**	**设施地址：**	**单元号：**	**设施地址：**
设施所有者邮箱：		**设施所有者电话：**		

使用支持设施的时间安排：	**星期一**	**星期二**	**星期三**	**星期四**	**星期五**	**星期六**	**星期日**
使用时间							

提供的服务： *（可多选）* *带(*)号项目为设施必须提供的服务*

☐ 视频储存* ☐ 废水处理* ☐ 厨余垃圾处理* ☐ 停车空间

☐ 食品制备* ☐ 餐具清洗* ☐ 食品和/或冰块供应 ☐ 其他

☐ 清洁饮用水供应* ☐ 垃圾处理* ☐ 油脂回收 _____

停车安排 *如不将流动摊贩设备停放在上述设施，请在下方提供您的停车安排信息。必须随本申请表提交停车合同副本。*

安全停车场名称：			
联络方名称：	**联络方电话：**		
停车场地址：	**城市：**	**州：**	**邮编：**

洗手间设施 *请在下方注明您计划使用的洗手间场所*

商业场所名称（一个或多个）及地址：

第 4 步：认证与签署。

在下方签名即表示本人证明本申请表所提交的信息据本人所知真实准确。本人确认本人理解，若在此申请中故意作虚假陈述，本人将被处以罚款或最高 180 天监禁，或两者并罚（依据《哥伦比亚特区法典》(D.C.Official Code) 第 22-2405 条）；且本人的食品摊贩营业执照/许可可能予以暂停或吊销。

设施所有者声明： 签署本文件即表示本人同意为申请表所列流动食品摊贩提供配套服务。本人理解本人需保持设施符合当地监管部门规则和条例。本人证明本人当前经营资质符合监管机构规定且有效。

摊主声明： 签署此文件即表示本人证明：

- 本人为申请表中流动食品摊贩的摊主；
- 本人已阅读、理解并将遵守《哥伦比亚特区市政法规》(District of Columbia Municipal Regulations) 第 25-A 章；
- 本人将确保我食品机构所有工作人员遵守相关规定；
- 本人将使用本文件中指定的支持设施进行：(1) 食品制备、储存、废物处理、器具和设备消毒，并完成所有其他必要行动以确保食品安全；以及 (2) 停放、清洁并存放我的流动摊贩设备；以及
- 本人明白未能遵守《哥伦比亚特区市政法规》第 25-A 章的要求可能导致我的执照/许可证被暂停。

设施所有者签名： _____ **正楷姓名：** _____ **日期：** _____

摊主签名： _____ **正楷姓名：** _____ **日期：** _____

第 5 步：准备费用。

每份卫生证书申请：**$100** 美元，**外加** HACCP 审核费：**$75** 美元 *（如需要；见第 2 步）*

亲自提交	**邮寄提交**
• 支票/汇票（收款人：DC Treasurer） • 现金、信用卡或借记卡	• 支票/汇票（收款人：DC Treasurer）

第 6 步——提交申请至 DC Health。

亲自提交	**邮寄提交**
2201 Shannon Place SE. 1st Floor Processing Center Washington DC 20020 *周一、周二、周四和周五上午 9 点至下午 1 点* *周三上午 8:30 至下午 3:30*	DC Health-Food Safety Division Vending Application P.O.Box 37489 Washington, D.C.20013

后续流程：

等待 DC Health 审核

申请将在 30 个日历日内完成审核。材料不全将退回补正（可能导致延误）。您的申请状态将通过电子邮件通知。如获批准，您将收到一封摊贩申请信，其中包含安排预运营/续期检查说明。

首选语言

- ☐ 英语
- ☐ 西班牙语
- ☐ 阿姆哈拉语
- ☐ 中文
- ☐ 法语
- ☐ 韩语
- ☐ 越南语

其他：_____

仅供 DC HEALTH 办公室使用

经办人：			**处理日期：**
申请类型：	☐ 审核 ($100 美元)		☐ 审核 + HACCP ($175 美元)
支付方式：	☐ 信用卡/借记卡	☐ 现金	☐ 支票/汇票，编号：_____
缺失材料：			

廉政举报通道：如需举报哥伦比亚特区政府部门欺诈、浪费或滥用行为，请致电哥伦比亚特区总监察长办公室热线，电话号码为 1 (800) 521-1639（免费）或 (202) 724-TIPS (8477)，或发动电子邮件发送至 hotline.oig@dc.gov，或致电 TYY 专线：711。如需更多信息，请访问总监察长办公室网站：oig.dc.gov。