



Joseph P. Ganim
Mayor

City of Bridgeport
Department of Health & Social Services
Environmental Health

999 Broad Street, Bridgeport, CT 06604
Telephone: 203-576-7474
Fax: 203-576-7793
bridgeportct.gov/EnvironmentalHealth

Dr. Elizabeth Rivera-Rodriguez, DNP, MPH,
MSN, RN
Director of Health & Social
Services

Sumit Sharma, MPH, MDiv.
Deputy Director of Health &
Social Services

Audrey M. Gaines, BS
Deputy Enforcement Officer

Establecimientos de Servicios Personales

La División de Salud Ambiental requiere los siguientes documentos para nuevos establecimientos de servicios personales, o un cambio de propietario a un establecimiento existente (se aceptan copias).

1. Debe proveer documentación del **Zoning Department – Application for Certificate of Zoning Compliance**, para verificar si el negocio ha sido aprobado por dicho departamento. Esto debe hacerse, aunque haya sido un negocio existente, porque muchas veces el dueño anterior no ha hecho los arreglos correspondientes. **Alcaldía, 45 Lyon Terrace. (203) 576-7217**
2. Si usted está renovando el negocio, debe obtener un permiso de **Building Department, Alcaldía, 45 Lyon Terrace. (203) 576-7225**
3. Someta copia del **Trade Name Certificate** que certifica que el negocio ha sido registrado en el **Town Clerk's Office, Alcaldía, 45 Lyon Terrace (203) 576-7081**
4. Debe asegurarse que el negocio no deba impuestos. Vaya a **Tax Collector's Office, Alcaldía, 45 Lyon Terrace. (203) 576-7271**
5. Someta copia del **contrato de arrendamiento, recibo de compraventa.**
6. Aprobación por escrito de la Oficina del **Fire Marshal** de lo siguiente: Plano del establecimiento, equipo nuevo o existente y cumplimiento de infracciones del código de incendios, **Alcaldía 45 Lyon Terrace, (203) 576-8013.**
7. **Plano del Establecimiento** - Indique la ubicación de todos: lavamanos, fregaderos para el lavado de pelo, fregadero de utilería, estaciones de trabajo, cuartos de tratamiento, áreas de almacenamiento y baños. Proveer especificaciones de materiales cuando sea necesario. Se cobrará un costo de revisión del plano de \$100 a \$300 según el área (pies cuadrados) del establecimiento.
8. **Indique todos los servicios que ofrecerán en el establecimiento:** corte de cabello, depilación con cera, uñas, trenzado de cabello, tratamientos para la piel, maquillaje, pestañas, masajes, tatuajes y **microblading***.
9. **Licencia del Estado de Connecticut: licencia profesional emitida por el Departamento de Salud del Estado de Connecticut** (según corresponde) para: Peluquería y Cosmetología, Barbero, Técnico de Uñas, Esteticista, Técnico de Pestañas, Terapeuta de Masaje y Técnico de Tatuajes. ***Nota: Microblading requiere una licencia de técnico de tatuajes.**

Nota: **En el momento de la inspección inicial, se debe pagar la licencia de \$175 aceptado solamente en la forma de giro postal o cheque de cajero de banco a nombre de: Bridgeport Health Department. No se aceptará dinero en efectivo, cheques comerciales o cheques personales. La renovación anual de la licencia también es de \$175.**

CITY OF BRIDGEPORT
PERSONAL PROPERTY TAX INQUIRY FORM

To be filled out by Tax Collector:

The property located at:

ID #

ADDRESS

Is the property current on its Personal Property Taxes?

To be filled out by the Tax Collector, room 121, 45 Lyon Terrace

Is / is not current in its Personal Property taxes or:

- Delinquent Entity:

- Name: _____

- Address: _____

Is a tax exempt entity.

Attached is a zero-balance bill or attached is the outstanding obligation.

Veronica Jones
Tax Collector
City of Bridgeport
45 Lyon Terrace, room 121
Bridgeport, CT 06604
Phone: (203) 576-7271
Fax: (203) 332-5628
Email: Veronica.Jones@bridgeportct.gov

Date: _____



BRIDGEPORT FIRE DEPARTMENT

Fire Marshal Division

45 LYON TERRACE, ROOM 211, BRIDGEPORT, CT 06604
Telephone (203) 576-8013



COMPLIANCE INSPECTION FORM

(Please print and complete pertinent areas only.)

Date: _____ Inspection #: (Fire Marshal Only) _____

Vendor Cart Food Establishment Business Other: _____

Name of Establishment: _____

Establishment Address: _____

License Plate: _____ Issuing State: _____

Compliance Disposition: **PASS** **FAIL**

Inspector – Fire Marshall (print)

(signature)

Owner/Proprietor (print)

(signature)



FIRE INSPECTOR – CUT/TEAR AT LINE. RETURN THIS LOWER PORTION

Date: _____ Inspection #: (Fire Marshal Only) _____

Vendor Cart Food Establishment Business Other: _____

Name of Establishment: _____

Establishment Address: _____

License Plate: _____ Issuing State: _____

Compliance Disposition: **PASS** **FAIL**

Inspector – Fire Marshall (print)

(signature)

Owner/Proprietor (print)

(signature)