

## 시정 확인: 식료품 서비스 사업체

온라인에서 이 문서의 번역본을 참조할 수 있습니다.  
위반 사항을 해결하시려면, 양식을 영어로 작성해 주십시오.

### 위반 정보

소환 번호: \_\_\_\_\_

법률 조항: \_\_\_\_\_

품목: \_\_\_\_\_

위반 코드: \_\_\_\_\_

점검 일자: \_\_\_\_\_

기록 번호: \_\_\_\_\_

### 위반 시정 증명인의 진술 및 서명

나, \_\_\_\_\_ (은)는 다음과 같음을 확인합니다: (아래에서 하나를 선택하십시오)

(사업체명을 기재하지 마시고  
개인의 이름을 기입하십시오)

위반 사항의 피신청인 이름 (피신청인이 개인인 경우)

기재된 피신청인의 담당자, 책임자, 파트너(피신청인이 기업인 경우)

피신청인의 대리인(피신청인으로부터 받은 공증 위임장 또는 인가 증명서를 첨부하십시오)

본인의 우편 주소 및 연락처 정보는 다음과 같습니다:

\_\_\_\_\_ (집 번호, 거리 주소)

\_\_\_\_\_ (전화번호)

\_\_\_\_\_ (시, 주, 우편번호)

\_\_\_\_\_ (이메일)

본인은 위반 상황이 시정되었음을 직접 파악하고 있으며 위반 상황이 시정하기 위한 조치를 취했다는 것을 설명하는 시정 입증 문서를 첨부하였습니다. 배관 작업(물 또는 연료)을 시행한 경우, 작업을 수행한 면허 소지 전문가의 이름 및 당사자의 면허 또는 등록 번호를 포함하여 제출합니다:

\_\_\_\_\_ (면허 소지 전문가의 이름)

\_\_\_\_\_ (면허 또는 등록 번호)

\_\_\_\_\_ (서명)

\_\_\_\_\_ (날짜)

허위 진술 제출 시 보건법 § 3.19 및 기타 적법한 법률 위반에 규정된 바에 따라 처벌받을 수 있습니다.

**이 양식 작성 방법:** 영어로 작성합니다. 이를 NYC 보건부 (NYC Health Department), 125 Worth Street, Room 1020, New York, NY 10013로 가져오거나, [infobfscs@health.nyc.gov](mailto:infobfscs@health.nyc.gov) 주소로 제목에 "Proof of Cure - Summons/[Docket number]"(시정 증빙 - 소환장/[안건 번호])를 포함하여 이메일을 보내십시오. 제출물로는 위치와 소환 번호가 붙었으며 날짜와 시간이 찍힌 것이 포함될 수 있습니다. **이전 및 이후** 사진에는 라벨이 붙어 있어야 합니다. 이 양식을 제출할 때는 뒷받침 문서 전체를 포함하시기 바랍니다. 위반 코드를 이해하는 데 도움이 필요하거나 해당 양식 작성 시 통역 또는 번역 지원이 필요하시면 212-676-1650으로 전화하십시오. 이동식 식품 판매상 및 커미셔리의 경우 212-676-1650으로 전화하실 수 있습니다.