



**DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
ENVIRONMENTAL HEALTH PROGRAM**  
155 North First Avenue, MS 5, Suite 160  
Hillsboro, OR 97124  
Telephone: (503) 846-8722 ♦ Fax: (503) 846-3705  
[www.co.washington.or.us/foodsafety](http://www.co.washington.or.us/foodsafety)



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

## APLICACIÓN PARA LICENCIA DE COMISARÍA O ALMACEN

Para uso de la Oficina Solamente		<b>Facility #:</b>		<b>Nombre de Comisaría o Almacén:</b>	
<b>Dirección</b> (incluya ciudad, estado y código postal):					
<b>Teléfono del Establecimiento:</b>			<b>Fax:</b>		
¿Este establecimiento ha sido previamente autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			En caso afirmativo, ¿bajo que nombre?		
Fecha de Apertura: (mes/año)		Nombre/Ubicación de otros establecimientos que le pertenezcan a usted:			
Fuente de Agua:		¿En dónde dispondrá de las aguas residuales?: <input type="checkbox"/> Estación de Descarga <input type="checkbox"/> Tanque Séptico			
Sitio donde dispondrá de las aguas residuales:					
<b>Nombre del Propietario:</b>					
Dirección del Hogar del Dueño: (incluya ciudad, estado y código postal)					
Teléfono:		Teléfono de Oficina:		Celular:	
Fax:		Correo Electrónico:			
<b>Nombre del Operador:</b>					
Dirección del Operador: (incluya ciudad, estado y código postal)					
Teléfono:		Teléfono de Oficina:		Celular:	
Fax:		Correo Electrónico:			
<b>Nombre de Facturación:</b>					
<b>Dirección de Facturación:</b> (incluya ciudad, estado y código postal)					
<p>Esta aplicación se hace como es requerido por los Estatutos Revisados de Oregon, en el capitulo 446, y esta sujeta al cumplimiento de estos estatutos y reglas administrativas del mismo. El nuevo operador, en el caso de cambio de propiedad, deberá obtener de inmediato una licencia en su nombre. Todas las licencias emitidas por estas disposiciones expiran automáticamente el 31 de diciembre y se deben renovar antes del 1 de enero del próximo año. Licencias y avisos de renovación se enviarán a la dirección postal del negocio. Negocios que requieren reactivar licencias expiradas son sujetos a multas.</p> <p>Certifico que el negocio cumple con las disposiciones de ORS 446.310 a 446.350, las reglas de conformidad son adoptadas presentemente y los requisitos de la agencia de códigos de construcción de edificios y que la información proporcionada en esta solicitud es completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento.</p> <p>Todas las unidades móviles de alimentos están obligadas a presentar un formulario de ruta y un formulario de requisito de baño. Dependiendo del tipo de negocio, también se puede requerir un comprobante de servicio de comisaría o almacén. Los costos de licencia son basados en el tipo de operación de negocios y deben ser presentados junto con su solicitud de licencia antes de abrir o cambiar de propietario.</p> <p><b>NOTA: Cada solicitud debe incluir las tarifas detalladas en la lista de tarifas actual. TARIFA INCLUIDA: _____.</b></p>					
Envíe su aplicación y cheque o giro postal a nombre de: <b>Washington County Environmental Health</b>					
<b>Firma del Solicitante o Representante Autorizado:</b>					
Imprimir el Nombre:				Fecha:	
<b>NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</b>					
Fee Received:		Ck/MO#:		Receipt #:	
Received By:		Date:		Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Remarks:					



**DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
ENVIRONMENTAL HEALTH PROGRAM**  
155 North First Avenue, MS 5, Suite 160  
Hillsboro, OR 97124  
Telephone: (503) 846-8722 ♦ Fax: (503) 846-3705  
[www.co.washington.or.us/foodsafety](http://www.co.washington.or.us/foodsafety)



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

## COMMISSARY OR WAREHOUSE LICENSE APPLICATION

<small>This box is for office use only</small>		<b>Facility Name:</b>	
<b>Facility #:</b>			
<b>Facility Address:</b> (include city, state, zip)			
<b>Facility Phone:</b>		<b>Facility Fax:</b>	
Previously Licensed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, under what name?	
Open Date: (mo/yr)		Name/location of other establishments you own:	
Water Source:		Sewage: <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Septic	
Wastewater Disposal Site Location:			
<b>Owner Name:</b>			
Owner Home Address: (include city, state, zip)			
Telephone:		Office Phone:	Cell:
Fax:		E-mail:	
<b>Operator Name:</b>			
Operator Address: (include city, state, zip)			
Telephone:		Office Phone:	Cell:
Fax:		E-mail:	
<b>Billing Name:</b>			
<b>Billing Address:</b> (include city, state, zip)			
<p>This application is made as required by Oregon Revised Statutes, Chapter 446, and is subject to compliance with these statutes and administrative rules thereunder. The new operator, in the event of a change of ownership, must immediately secure a license in his or her name.</p> <p>All licenses issued under these statutes automatically expire on December 31 and must be renewed before January 1 of the next year. Licenses and renewal notices are sent to the mailing address of the facility. Reinstatements of expired licenses are subject to penalty fees.</p> <p>I certify that the facility is in compliance with the provisions of ORS 446.310 to 446.350, the rules adopted pursuant thereto, and the requirements of the Building Codes Agency and that the information given in the above application is complete and accurate to the best of my knowledge.</p> <p>All Mobile Food Units are required to submit a Route Form and A Restroom Requirement Form. Depending on their operation, they may also be required to submit a Commissary or Warehouse Agreement. License fees are based on the type of business operation and must be submitted with your license application prior to opening or change of ownership.</p>			
<b>NOTE: Each application must include fee from current Fee Schedule. FEE ENCLOSED: _____.</b>			
Mail application and check or money order payable to: <b>Washington County Environmental Health</b>			
<b>Signature of Applicant or Authorized Representative:</b>			
Print Name:		Date:	
<b>DO NOT WRITE IN THE SPACE BELOW</b>			
Fee Received:		Ck/MO#:	Receipt #:
Received By:		Date:	Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Remarks:			