



**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



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

SOLICITUD PARA LICENCIA DE UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS

Para Uso de la Oficina Solamente		Facility #:		Nombre de la Unidad:	
Dirección de la Unidad: (incluya ciudad, estado y código postal)					
Teléfono:			Fax:		
Clasificación de Unidad Móvil de Alimentos: <input type="checkbox"/> Clase I <input type="checkbox"/> Clase II <input type="checkbox"/> Clase III <input type="checkbox"/> Clase IV					
¿Este negocio tuvo licencia en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Sí, ¿bajo de que nombre?					
Fecha de Apertura: (mes/año)		Nombre/ubicación de otros establecimientos que le pertenezcan a usted:			
Fuente de Agua:			¿En dónde dispondrá las aguas residuales?: <input type="checkbox"/> Estación de Descarga <input type="checkbox"/> Tanque Séptico		
Sitio donde dispondrá de las aguas residuales:					
Nombre del Dueño:					
Dirección del Hogar del Dueño: (incluya ciudad, estado y código postal)					
Teléfono:		Teléfono de Oficina:		Celular:	
Fax:		Correo Electrónico:			
Nombre del Operador:					
Dirección del Operador: (incluya ciudad, estado y código postal)					
Teléfono:		Teléfono de Oficina		Celular:	
Fax:		Correo Electrónico:			
Nombre de Facturación:					
Dirección de Facturación: (incluya ciudad, estado y código postal)					
Esta aplicación se hace como es requerido por los Estatutos Revisados de Oregon, en el capítulo 446, y esta sujeta al cumplimiento de estos estatutos y reglas administrativas al 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. Reinstalaciones de licencias caducadas están sujetas a multas.					
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.					
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. Los costos de licencia son basados en el tipo de operación de negocios y deben ser presentados junto con la solicitud de licencia antes de abrir o cambiar de propietario.					
NOTA: Cada solicitud debe incluir las tarifas detalladas en la lista de tarifas actual. TARIFA INCLUIDA: _____.					
Envíe su aplicación y cheque o giro postal a nombre de: Washington County Environmental Health					
Firma del Solicitante o Representante Autorizado:					
Imprima el Nombre:				Fecha:	
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO					
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



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Adenda de Cambio de Titularidad

Nombre de la Unidad Móvil _____

Dirección del Negocio _____

1. ¿Cambiará el menú del negocio anterior? Sí No
En caso afirmativo, por favor indique los detalles: _____

2. ¿Agregará algún equipo nuevo (incluyendo fregaderos) o removerá cualquier equipo viejo o
modificará la unidad móvil de alimentos en cualquier manera? Sí No
En caso afirmativo, por favor indique los detalles: _____

3. ¿Antes del cambio de propietario, este negocio se cerró? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuanto tiempo estuvo la unidad cerrada? _____

4. ¿Que comisaría usará? Nombre de la comisaría: _____
Dirección de la comisaría: _____

Al firmar abajo, entiendo que la información proporcionada en esta forma se utilizara para determinar el estado de mi unidad móvil; si se descubre cualquier información que invalide esta información, se me puede exigir que pase por una revisión de plan u otros procesos administrativos que se consideren necesarios.

Firma

Fecha

Nombre Imprimido

Para Uso Oficial Solamente

Is this facility currently licensed by Washington County or Oregon Department of Agriculture? Yes No
If no, verify operational status with licensing agency

If yes, is the number of licensed facilities using this commissary/restaurant >2? Yes No
Any "Yes" answer above will require Plan Reviewer sign-off before license approval.

If greater than 2 (>) facilities using this site, give to plan reviewer.

Plan Review Required? Yes No If yes, Minor Major

Plan Review Approval by:

Date