



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.

MOBILE FOOD UNIT
RESTROOM REQUIREMENT FORM

MOBILE FOOD UNIT:

Name of Mobile Food Unit: _____

Location (for more than 2 hours): _____
(street address) (city)

Business Hours (at this location): _____

Signature of Mobile Food Unit Owner

Mobile food units that are located at the same location for more than 2 hours or that provide any seating must have restroom facilities available. Please answer the questions below:

1. Is your mobile food unit at the same location for more than 2 hours? Yes No

If YES, a restroom is required for employees.

LOCATION OF EMPLOYEE RESTROOM FACILITIES:

Name of Restroom Location: _____

Address: _____

City: _____ Phone Number: _____

Hours that the Restroom is Available for Use: _____

Printed name and signature of person authorizing use of **employee** restroom facilities

Date

2. Is customer seating provided at the mobile food unit? Yes No

If YES, a restroom is required for Customers.

LOCATION OF RESTROOM FACILITIES:

Name of Restroom Location: _____

Address: _____

City: _____ Phone Number: _____

Hours that the Restroom is Available for Use: _____

Complete a separate form if you will be at more than one location for more than 2 hours.

Printed name and signature of person authorizing use of **customer** restroom facilities

Date



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.

FORMULARIO DE REQUISITO DE BAÑO
PARA UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS

UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS:

Nombre de la Unidad Móvil de Alimentos: _____

Local de Parada (por más de 2 horas): _____
(dirección) (ciudad)

Horas de Negocio (en este local): _____

Firma del Dueño de la Unidad Móvil de Alimentos

Una unidad móvil de alimentos que esta situada en el mismo lugar por más de 2 horas ó que provee asientos para comer tiene que tener baño disponible. Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Su unidad móvil de alimentos se estaciona en el mismo lugar por más de 2 horas? [] Sí [] No

En caso afirmativo, se requiere un baño para los empleados.

UBICACIÓN DEL BAÑO PARA EMPLEADOS:

Ubicación del baño: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Numero de teléfono _____

Horas disponibles para usar los baños _____

Nombre imprimido y firma de la persona que autoriza el uso del baño para empleados Fecha

2. ¿Su unidad móvil de alimentos proporciona asientos para sus clientes? [] Sí [] No

En caso afirmativo, se requiere un baño para sus clientes.

UBICACIÓN DEL BAÑO PARA CLIENTES

Ubicación del baño: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Numero de teléfono _____

Horas disponibles para usar los baños _____

Nombre imprimido y firma de la persona que autoriza el uso del baño para clientes Fecha