# 2024 Establecimiento de Comida Temporal Recurrente Solicitud de Permiso

GRANT COUNTY HEALTH DISTRICT
1038 W. Ivy Ave · Moses Lake, WA 98837
(509) 766-7960 · fax (509) 766-6519 · www.granthealth.org

Date_____
Amt. Rcvd_____
Paid By_____
Receipt #_____
Initials_____

Instrucciones: Complete esta solicitud y envíela, junto con la tarifa apropiada, al Distrito de Salud del Condado de Grant al menos cinco días hábiles antes del próximo evento. Si no se completa esta solicitud en su totalidad, puede resultar en restricciones o posible cierre.

| Marque el permiso que está solicitando: | ALIMENTOS DE ALTO RIESGO | | ALIMENTOS DE RIESGO MODERADO | | ALIMENTOS DE BAJO RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vendedor Comercial de Alimentos (con fines de lucro)** | **$523** | | **$348** | | **$176** | |
| **Vendedor de Alimentos no Comercial (sin fines de lucro)** | **$261.50** | | **$174** | | **$88** | |

**Información del solicitante:**

| | |
|---|---|
| Nombre del Establecimiento Alimentario (Nombre del puesto): | |
| Persona a cargo del servicio de alimentos (Propietario): | Teléfono: (  ) |
| Dirección postal: | Correo Electrónico: |

**Información del evento:**

| | |
|---|---|
| Nombre del evento: | Ubicación (dirección): |
| Nombre del Coordinador: | Teléfono: (  ) |

**La solicitud debe presentarse con los siguientes elementos:**

| ☑ | Artículo # | Artículo | Descripción |
|---|---|---|---|
| | 1 | Coordinador de Eventos | **Proporcione una copia de la aprobación del Coordinador de Eventos si aún no está en el archivo.** |
| | 2 | Menú fijo | **Proporcione un menú o una lista detallada de todos los alimentos y bebidas que va a servir. Tenga en cuenta las fuentes de compras de alimentos.** |
| | 3 | Métodos de preparación de alimentos | **Describa los métodos de preparación de todos los alimentos y bebidas que va a servir. Incluya todos los pasos:** refrigeración en frío, descongelación, preparación, montaje, cocción, retención en caliente, etc. Puede utilizar el Anexo A para especificar sus métodos o utilizar su propio formato siempre que se incluya toda la información necesaria. |
| | 4 | Plano de piso del puesto fijo | **Proporcione un dibujo de plano de planta a escala** mostrando el diseño del puesto. Etiquetar el tipo y la ubicación de todos los equipos (estación de lavado de manos, refrigeración, barreras protectoras, etc.). Mostrar áreas de trabajo, lavado de vajilla y mesas de preparación. |
| | 5 | Tarjetas para trabajadores alimentarios | **Todos los trabajadores de la alimentación** deben tener una tarjeta actual para trabajadores alimenticios del estado de Washington. |
| | 6 | Copias de inspecciones previas (s) | **Proporcione copias de inspecciones previas.** Para calificar, el puesto de alimentos debe tener inspecciones previas consecutivas sin violaciones críticas rojas para el año en curso. Una inspección para bajo riesgo, dos para riesgo moderado y tres para alto riesgo. |
| | 7 | Comisario (cocina de preparación fuera del sitio) | **Envíe la Solicitud de Comisario si cualquier alimento es manejado/preparado fuera del sitio antes del evento.** Esto incluye cualquier manipulación de alimentos expuestos (lavado, corte, marinado, cocinado, etc.). Se requiere una carta de acuerdo de comisario si usted no es el propietario legal del comisario. |

Al firmar, entiendo que:

1) Mi solicitud no puede ser procesada hasta que se presente toda la información requerida.
2) Los cambios en el menú o el plano de planta pueden requerir una nueva aplicación.
3) Los permisos son intransferibles y solo son válidos para el propietario actual y el evento que aparece en esta solicitud.
4) Esa emisión y retención de este permiso está supeditada al cumplimiento satisfactorio de los requisitos de GCHD (véase la ordenanza).

**FIRMA**_____**TITULO**_____**FECHA**_____

*****Office Use Only*****

Approved: Yes ☐ No ☐ If no, reason: _____

EHS: _____ Date:_____ (revised 12/2023)