

Aplicación Para Permiso de Establecimiento de Comida



1038 W. Ivy Ave · Moses Lake, WA 98837
(509) 766-7960 · granthealth.org

GRANT COUNTY HEALTH DISTRICT

Date _____

Amt. Rcvd _____

Receipt # _____

Permit Mailed _____

Esta aplicación es para:

- Nuevo establecimiento de comida - Fecha prevista de apertura: _____
 - ✓ Se requiere una solicitud de “revisión del plan” y una inspección previa a la apertura
- Cambio de propietario - Nombre del establecimiento anterior: _____
 - ✓ Si no hay cambios en el negocio, las instalaciones, o el menú, se requiere “el paquete de nuevo propietario”
- Extensivo remodelación o cambio de menú
 - ✓ Se requiere una solicitud de “revisión del plan”

Información de la Instalación:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

DIRECCIÓN DE LA OPERACIÓN _____ CIUDAD _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____ EMAIL _____

TELÉFONO DEL NEGOCIO # _____ TEL DE SOLICITANTE# _____

NOMBRE DEL SISTEMA DE AGUA _____

SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE AGUAS RESIDUALES: alcantarillado de la ciudad sistema séptico

Información del Propietario:

TIPO DE PROPIETARIO: Corporación Asociación Individual De caridad / sin fines de lucro

NOMBRE DEL PROPIETARIO _____ FECHA DE COMPRA _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODÍGO POSTAL _____

TELÉFONO DEL PROPIETARIO # _____ CORREO ELECTRONICO _____

Horario de Operación:

Horas de operación: _____

Días: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

1. ¿Es este negocio estacional? No Sí, En caso de que sí, ¿qué meses: _____
2. ¿Es este negocio intermitente? (solo opera en conjunción con eventos, sin horario regular); No Sí, En caso de que si, completa el formulario de información del evento y envíalo con la aplicación.

Tipo de Establecimiento Alimentario:

Marque uno:

- Servicio de comida** (restaurante, espresso, servicio rápido, bar/taberna, panadería)
- Supermercado/Tienda Abarrotes**– Número de registros: _____
- Unidades Móviles de Alimentos** – Se requiere “cuestionario de unidades móviles”, solicitud de comisario y carta de acuerdo de comisario
- Servicio de Alimentos Escolares**
- Comisario**
- Servicio de “Catering”** (independiente del restaurante) – se requiere una solicitud de comisario y un acuerdo de comisario
- Máquina expendedora**– Número de máquinas: _____

Instrucciones:

Servicios de Alimentos, Unidades Móviles de Alimentos y Supermercados: Complete la sección “Factores de Riesgo” en la parte posterior para determinar el “Nivel de Riesgo”.

Todos los demás tipos- consulte el documento de tarifa
<https://granthealth.org/food-application/>

Factores de riesgo: Este Establecimiento Alimentario tendrá los siguientes procesos y/o instalaciones:

(Marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Mantenimiento en frío de alimentos potencialmente peligrosos
<input type="checkbox"/>	Manejando alimentos no empacados (alimentos expuestos)
<input type="checkbox"/>	Mantenimiento en caliente los alimentos potencialmente peligrosos
<input type="checkbox"/>	Recalentamiento para mantener caliente alimentos previamente cocinados y enfriados en el establecimiento
<input type="checkbox"/>	Cocinando de alimentos del estado crudo (carne, aves/huevos, verduras, arroz, etc.)
<input type="checkbox"/>	Enfriando de alimentos calentados en el establecimiento
<input type="checkbox"/>	Manejando o preparación de verduras o frutas crudas (lavado, corte, ensamblar, etc.)
<input type="checkbox"/>	Manejando o preparación de carne cruda/ aves de corral/ pescado
<input type="checkbox"/>	Uso del "tiempo como control de salud pública" en lugar de, o además de, control de temperatura
<input type="checkbox"/>	Sirve principalmente a una población vulnerable (niños < 5 años, ancianos o personas inmunocomprometidas)
<input type="checkbox"/>	Ofrece alimentos que se sirven medio crudo o crudos con un "aviso al consumidor" en el menú
<input type="checkbox"/>	Utiliza cualquier "proceso especializado" como enlatado, curado/ahumado de carnes para su conservación, etc.
<input type="checkbox"/>	Unidades Móviles de Comida (camión de comida, remolque de concesión, carro de empuje, "lonchera")
<input type="checkbox"/>	Utilice esta caja para escribir el número total de factores de riesgo para este establecimiento

Nivel de riesgo: El número total de factores de riesgo como se ha indicado determinará el nivel de riesgo del establecimiento

1 a 3 factores de riesgo= Nivel 1

4 a 6 factores de riesgo= Nivel 2

≥ 7 factores de riesgo= Nivel 3

Permisos y Tarifas: Consulte el documento de lista de tarifas actual para determinar el tipo de permiso y las tarifas o consulte con el personal de GCHD. <https://granthealth.org/food-application/>

Tipo de permiso que solicita: _____

Tarifas incluidas: marque todas las que correspondan e ingrese la cantidad a la derecha

<input type="checkbox"/>	Tarifa de permiso (¿prorrateada?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/>	Revisión del plan (1/2 tarifa de permiso)	
<input type="checkbox"/>	Inspección previa a la apertura (1/4 de tarifa de permiso)	
<input type="checkbox"/>	Revisión del menú o del plan estructural solamente (1/4 de tarifa de permiso)	
<input type="checkbox"/>	Cambio del propietario solamente (consulte la lista de tarifas)	

Total: _____

Declaración del Solicitante: llene el monto de su pago, lea y firme

TENGO INCLUIDO \$ _____ PARA UN PERMISO DE ESTABLECIMIENTO DE ALIMENTOS Y OTRAS TARIFAS APLICABLES.

AL FIRMAR, CONFIRMO LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO. MI FIRMA TAMBIEN AFRIMA QUE CUMPLIR CON WAC CAPÍTULO 246-215 Y TODAS LAS ORDINANCIAS Y LICENCIAS DE GCHD APLICABLES; Y PERMITIRÉ EL ACCESO DEL PERSONAL REGULADORIO DE GCHD Y SUS REGISTROS AL ESTABLECIMIENTO COMO SE ESPECIFICA EN WAC-246-215.

YO ENTIENDO QUE:

- LOS PERMISOS SON RENOVABLES ANUALMENTE. EXPIRAN EL 31 DE DICIEMBRE Y SE RENOVARÁN ANTES DEL 1^{DE} ENERO (LOS ESTABLECIMIENTOS ESTACIONALES RENOVARÁN EL PERMISO ANTES DE LA FECHA DE APERTURA). SOLICITUDES DELINCUENTES Y TARIFAS DE PERMISO PUEDEN RESULTAR EN CIERRE.
- \$30.00 DE CADA REEMBOLSO SOLICITADO DE UNA TARIFA DE PERMISO SE RETIENE POR EL DISTRITO DE SALUD PARA GASTOS ADMINISTRATIVOS.

De acuerdo con las disposiciones de todas las ordenanzas, normas y reglamentos de salud aplicables, yo solicito por la presente un permiso para operar un establecimiento de comida.

NOMBRE DEL SOICITANTE (ESCRITO) _____ FIRMA _____

TITULO _____ FECHA DE NAC. _____ FECHA DE SOLICITUD _____