



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
ENVIRONMENTAL HEALTH PROGRAM
 155 North First Avenue, MS 5, Suite 170
 Hillsboro, OR 97124
 Telephone: (503) 846-8722 ♦ Fax: (503) 846-3705
www.co.washington.or.us/foodsafety



Public Health
 Prevent. Promote. Protect.

RESTAURANT, CATERING, and BED & BREAKFAST LICENSE APPLICATION

<small>This Box for Office Use Only</small>		Facility #:		Facility Name:	
Facility Address: (include city, state, zip)					
Facility Phone #:			Facility Fax #:		
Seating Capacity:		Facility E-mail Address:			
Is this a new restaurant facility and location? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Your business start date:		
Was this facility licensed previously? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Date of last operation for previous owner:		
If yes, previous business name:			FAC #	REL#	(Office Use Only)
Construction: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Remodel		Completion Date:			
Water: <input type="checkbox"/> Publicly Operated <input type="checkbox"/> Privately Operated		Sewage Disposal: <input type="checkbox"/> Publicly Operated <input type="checkbox"/> Privately Operated			
Owner Name:			Corporation Name:		
Home Phone #:			Chief Corporate Officer:		
Office Phone #:			Office Phone:		
Cell Phone #:			Cell Phone #:		
Fax #:			Fax #:		
E-mail Address:			E-mail Address:		
Owner Home Address:			Corporation Address:		
Billing Name:					
Billing Address:					
Note: All licenses expire every year on December 31. Licenses are not transferable. Please call the Washington County Environmental Health Office if you have questions regarding your license, fees, facility inspections or how to obtain a Food Handler Card.					
The license fee of \$ _____ is hereby made for application to operate the above establishment in compliance with all applicable food service regulations. I understand that failure to meet the requirements of the provisions of Oregon Revised Statutes, Chapter 624, and the Administrative Rules, Chapter 333 of the Department of Human Services may require denial or revocation of the license. Furthermore, I attest that the information provided on this form is accurate. It is a Class B Misdemeanor to knowingly make any false written statement in connection with an application (ORS 162.085). All information provided is a matter of public record. License fees are based on the type of business operation. Please see the fee schedule to determine the amount and submit the proper fee with completed application prior to opening or change of ownership.					
Mail application and check or money order payable to: Washington County Environmental Health					
Applicant Signature:					
Print Name:			Date:		
DO NOT WRITE IN THE SPACE BELOW					
Fee Received:		Ck/MO#:		Receipt #:	
Received By:		Date:		Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Remarks:					



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL
 155 North First Avenue, MS 5, Suite 170
 Hillsboro, OR 97124
 Teléfono: (503) 846-8722 ♦ Fax: (503) 846-3705
www.co.washington.or.us/foodsafety



SOLICITUD DE LICENCIA DE RESTAURANTE, "CATERING" Y "BED & BREAKFAST"

Para Uso de la Oficina Solamente Facility #:	Nombre del Negocio:
--	----------------------------

Dirección del Negocio: (incluya ciudad, estado y código postal)

Teléfono:	Fax:
------------------	-------------

Número de Sillas en el Negocio:	Correo Electrónico:
---------------------------------	---------------------

¿Este negocio es un restaurante en un local nuevo? Sí No ←(Si marcó Sí) Su fecha de inicio de negocios:

¿Este negocio tuvo licencia en el pasado? Sí No ←(Si marcó Sí) Fecha cuando el negocio se cerró:

↑(Si marcó Sí) Nombre del negocio anterior:	FAC #	REL#	(Para Uso Oficial)
---	-------	------	--------------------

Construcción: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Remodelación	Fecha de Finalización:
--	------------------------

Agua: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	Aguas Residuales: <input type="checkbox"/> Públicas <input type="checkbox"/> Privadas
---	---

Nombre del Dueño:	Nombre de la Corporación:
--------------------------	----------------------------------

Número de Teléfono de la Casa:	Director Corporativo:
--------------------------------	-----------------------

Teléfono de la Oficina:	Teléfono Oficina:
-------------------------	-------------------

Teléfono Celular:	Teléfono Celular:
-------------------	-------------------

Fax:	Fax:
------	------

Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
---------------------	---------------------

Dirección de la Corporación:	Dirección de Domicilio del Propietario:
------------------------------	---

Nombre de Facturación:

Dirección de Facturación:

Nota: Todas las licencias expiran cada año el 31 de diciembre. Las licencias no son transferibles. Por favor llame a la Oficina de Salud Ambiental del Condado de Washington si tiene alguna pregunta con respecto a su licencia, honorarios, inspecciones de los negocios o para saber cómo obtener una tarjeta para manejo de alimentos.

La tarifa de licencia de \$ _____ hecha para esta solicitud para para operar el negocio anterior en cumplimiento con todas las regulaciones aplicables de servicio de alimentos. Entiendo que, si no se cumplen los requisitos de las disposiciones de Estatutos Revisados de Oregon, en el capítulo 624, y el Reglamento Administrativo, en el capítulo 333 del Departamento de Servicios Humanos puede requerir la denegación o revocación de la licencia. Además, doy fe de que la información contenida en este formulario es correcta. **Cualquier declaración escrita falsa con conocimiento pertinente a una solicitud es un delito menor de Clase B, por la ley del estado de Oregon (ORS 162.085).** Toda la información proporcionada es un asunto de interés público. Las tarifas de licencia se basan en el tipo de operaciones del negocio. Por favor, vea la lista de tarifas para determinar la cantidad y envíe la cuota correspondiente con la solicitud completa antes de la apertura o cambio de propietario.

Envíe la solicitud y cheque o giro postal hecho a nombre de: **Washington County Environmental Health**

Firma del Solicitante:

Imprimir en Letra de Imprenta:	Fecha:
--------------------------------	--------

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Fee Received:	Ck/MO#:	Receipt #:
---------------	---------	------------

Received By:	Date:	Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--------------	-------	--

Remarks: