



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.washcofoodsafety.com



SOLICITUD DE LICENCIA PARA UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS

Facility #:		Nombre de la Unidad:	
Dirección de la Unidad: (incluya ciudad, estado y código postal)			
Teléfono:		Fax:	
Clasificación de Unidad Móvil de Alimentos:		☐ Clase I ☐ Clase II ☐ Clase III ☐ Clase IV	
¿Este negocio tuvo licencia en el pasado? ☐ Sí ☐ No		Si marcó Sí, ¿bajo de que nombre?	
Fecha de Apertura: (mes/año)		Nombre/ubicación de otros establecimientos que le pertenezcan a usted:	
Origen del Agua:		¿En dónde dispondrá las aguas residuales?: ☐ Estación de Descarga ☐ 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:	
Fax:		Celular:	
Correo Electrónico:			
Nombre del Operador:			
Dirección del Operador: (incluya ciudad, estado y código postal)			
Teléfono:		Teléfono de Oficina:	
Fax:		Celular:	
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:		CC/Ck/MO#:	
Received By:		Receipt #:	
Date:		Approved? ☐ Yes ☐ 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.washcofoodsafety.com



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 de alguna 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, ¿cuánto tiempo estuvo la unidad cerrada? _____
4. ¿Qué cocina comercial usará? Nombre Cocina Comercial: _____
Dirección de la cocina industrial: _____

Al firmar abajo, entiendo que la información proporcionada en este formulario se utilizará 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 En Letra Imprinta

Para Uso Oficial Únicamente

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