



**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.washcofoodsafety.com](http://www.washcofoodsafety.com)



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

### Change of Ownership Application Addendum

Facility Name \_\_\_\_\_

Facility Address \_\_\_\_\_

1. Is the seating of this restaurant changing?  Yes  No  
If yes, how many seats are you planning to have? \_\_\_\_\_
  
2. Is the menu changing from the previous facility's menu?  Yes  No  
If yes, please provide details: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Are you adding any new equipment or removing any old equipment?  Yes  No  
If yes, please provide details: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Are you adding or removing any sinks?  Yes  No  
If yes, please provide details: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Prior to change of ownership, was this facility closed?  Yes  No  
If yes, how long was the business closed? \_\_\_\_\_

By signing below, I understand that the information provided on this report is being used to determine the status of my facility. Should any information be discovered that invalidates the above information, I may be required to go through plan review or other administrative processes as deemed necessary.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

#### *Office Use Only*

*Any "Yes" answer above will require Plan Reviewer sign-off before license approval.*

Plan Review Required?  Yes  No

If yes,  Minor  Major

Plan Review Approval by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



**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](http://www.washcofoodsafety.com)



**Public Health**  
 Prevent. Promote. Protect.

### Adenda de Cambio de Propiedad

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio \_\_\_\_\_

1. ¿El número de asientos de este restaurante va a cambiar?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿cuántos asientos planea tener? \_\_\_\_\_
  
2. ¿Va a cambiar el menú del negocio anterior?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor indique los detalles: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
3. ¿Desea agregar algún equipo nuevo o remover equipo viejo?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor indique los detalles: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
4. ¿Desea agregar o remover cualquier lavamanos?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor indique los detalles: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
5. ¿Antes del cambio de propietario, este negocio estuvo cerrado?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor indique los detalles: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, entiendo que la información proporcionada en este informe se utiliza para determinar el estado de mis instalaciones. Si se descubre alguna información que invalide la información de arriba, se me puede exigir que pase por revisión de plan u otro proceso administrativo necesario.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_

#### *Office Use Only*

*Any "Yes" answer above will require Plan Reviewer sign-off before license approval.*

*Plan Review Required?  Yes  No                      If yes,  Minor  Major*

*Plan Review Approval by: \_\_\_\_\_                      Date: \_\_\_\_\_*