



**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.

**SOLICITUD DE LICENCIA PARA UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS**

<b>Facility #:</b>		<b>Nombre de la Unidad:</b>	
<b>Dirección de la Unidad:</b> (incluya ciudad, estado y código postal)			
<b>Teléfono:</b>		<b>Fax:</b>	
Clasificación de Unidad Móvil de Alimentos: <input type="checkbox"/> Clase I <input type="checkbox"/> Clase II <input type="checkbox"/> Clase III <input type="checkbox"/> Clase IV			
¿Este negocio tuvo licencia en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?: <input type="checkbox"/> Estación de Descarga <input type="checkbox"/> Tanque Séptico	
Sitio donde dispondrá de las aguas residuales:			
<b>Nombre del Dueño:</b>			
Dirección del Hogar del Dueño: (incluya ciudad, estado y código postal)			
Teléfono:		Teléfono de Oficina:	Celular:
Fax:		Correo Electrónico:	
<b>Nombre del Operador:</b>			
Dirección del Operador: (incluya ciudad, estado y código postal)			
Teléfono:		Teléfono de Oficina:	Celular:
Fax:		Correo Electrónico:	
<b>Nombre de Facturación:</b>			
<b>Dirección de Facturación:</b> (incluya ciudad, estado y código postal)			
<b>Nota: Todas las licencias caducan 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.</b>			
El pago de licencia incluido de \$ _____ se adjunta con 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. <b>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).</b> 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. 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 que envíe un Acuerdo con una Cocina Comercial o Almacén. Los costos de licencia están 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.			
Envíe su aplicación y cheque o giro postal a nombre de: <b>Washington County Environmental Health</b>			
<b>Firma del Solicitante o Representante Autorizado:</b>			
Imprima el Nombre:		Fecha:	
<b>NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</b>			
Fee Received:		CC/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.washcofoodsafety.com](http://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 Imprenta

**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* \_\_\_\_\_