



**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.

## MOBILE FOOD UNIT RESTROOM REQUIREMENT FORM

**MOBILE FOOD UNIT:**

Name of Mobile Food Unit: \_\_\_\_\_

Location (for more than 2 hours): \_\_\_\_\_  
(street address) (city)

Business Hours (at this location): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature** of Mobile Food Unit Owner

Mobile food units that are located at the same location for more than 2 hours or that provide any seating must have restroom facilities available. Please answer the questions below:

1. Is your mobile food unit at the same location for more than 2 hours?      Yes    No

**If YES, a restroom is required for employees.**

**LOCATION OF EMPLOYEE RESTROOM FACILITIES:**

Name of Restroom Location: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Hours that the Restroom is Available for Use: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Printed name and signature** of person authorizing use of **employee** restroom facilities     Date

2. Is customer seating provided at the mobile food unit?      Yes    No

**If YES, a restroom is required for Customers.**

**LOCATION OF RESTROOM FACILITIES:**

Name of Restroom Location: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Hours that the Restroom is Available for Use: \_\_\_\_\_

**Complete a separate form if you will be at more than one location for more than 2 hours.**

\_\_\_\_\_  
**Printed name and signature** of person authorizing use of **customer** restroom facilities     Date



**EDPARTAMENTO 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.

## FORMULARIO DE REQUISITOS PARA BAÑO PARA UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS

**UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS:**

Nombre de la Unidad Móvil de Alimentos: \_\_\_\_\_

Ubicación (por más de 2 horas): \_\_\_\_\_  
(dirección) (ciudad)

Horas de Operación (en este lugar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma** del Dueño de la Unidad Móvil de Alimentos

Una unidad móvil de alimentos que esté ubicada en el mismo lugar por más de 2 horas o que provea sillas para comer debe tener baño disponible. Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Su unidad móvil de alimentos se estaciona en el mismo lugar por más de 2 horas?  Sí  No  
**En caso afirmativo, se requiere un baño para los empleados.**

**UBICACIÓN DEL BAÑO PARA EMPLEADOS:**

Ubicación del baño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Horas disponibles para usar los baños \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra imprenta y firma** de la persona que autoriza el uso del baño para **empleados** Fecha

2. ¿Su unidad móvil de alimentos proporciona sillas para sus clientes?  Sí  No  
**En caso afirmativo, se requiere un baño para sus clientes.**

**UBICACIÓN DEL BAÑO PARA CLIENTES**

Ubicación del baño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Horas disponibles para usar los baños \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra imprenta y firma** de la persona que autoriza el uso del baño para **clientes** Fecha