



SOLICITUD PARA REVISIÓN DEL PLAN DE UNA UNIDAD MÓVIL

Esta caja es solo para uso oficial		Facility #:		Nombre de la Unidad Móvil:	
Dirección de la Unidad Móvil (incluyendo ciudad, estado y código postal):					
Dirección de Correo (incluyendo ciudad, estado y código postal):					
Teléfono:		Fax:		Correo Electrónico:	
¿Unidad Móvil Nueva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Esta Unidad Móvil ha tenido licencia antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si marcó "sí", incluya información en la línea que sigue)</i>					
Nombre anterior:				Fecha cuando la unidad cerró: / /	
Nombre del Dueño:					
Dirección del Dueño (incluya ciudad, estado y código postal):					
Teléfono:			Celular:		
Correo Electrónico:			Fecha de Inicio del Negocio:		
INFORMACIÓN SOBRE LA CONSTRUCCIÓN					
Tipo de Construcción: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Remodelación Mayor <input type="checkbox"/> Remodelación Menor				Fecha de Finalización:	
¿Dónde conseguirá agua potable?			¿Dónde descargará las aguas residuales?:		
Marque Uno: <input type="checkbox"/> Clase I <input type="checkbox"/> Clase II <input type="checkbox"/> Clase III <input type="checkbox"/> Clase IV					
Nombre del Constructor:					
Dirección del Contacto de Construcción (incluyendo ciudad, estado y código postal):					
Teléfono:		Celular:		Correo Electrónico:	
Revisión de plan se debe enviar a (marque las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Contacto de Construcción					
INFORMACIÓN SOBRE EL VEHICULO DE LA UNIDAD MÓVIL					
Número de Identificación (VIN):			Placa:		
INFORMACIÓN SOBRE LA COMISARÍA					
Esta caja es solo para uso oficial		Commissary Facility #:		Nombre de la Cocina Industrial:	
Dirección de la Cocina Industrial (incluya ciudad, estado y código postal):					
Las reglas administrativas de Oregon requieren que los planes para unidades móviles que sean nuevas, remodeladas o convertidas, sean presentados a la autoridad local de salud pública para su revisión y aprobación antes de la construcción. La autoridad local de salud pública debe llevar a cabo una inspección del establecimiento de servicio para asegurar que las normas de seguridad de los alimentos sean cumplidas antes de que el establecimiento opere o que un área remodelada se use. Nota: Esta solicitud debe estar acompañada con el pago correspondiente.					
Envíe la aplicación y cheque o giro postal a: Washington County Environmental Health					
Firma del Solicitante:					
Nombre en Letra Imprenta:				Fecha:	
DO NOT WRITE IN THE SPACE BELOW					
Fee Received:		CC/CK/MO #:		Receipt #:	
Received by:		Date:		Approved: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Remarks:					