



# SOLICITUD DE LICENCIA DE SERVICIO DE COMIDAS

## UNIDAD MÓVIL, COMISARIATO, BODEGA/ALMACÉN, MAQUINA EXPENDEDORA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clase de Unidad Móvil:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV<br><input type="checkbox"/> Bodega/Almacén <input type="checkbox"/> Expendedoras (¿Cuántas? _____)<br><input type="checkbox"/> Comisariato ( <i>cocina comercial</i> ) | <b>Construcción:</b> <input type="checkbox"/> Preexistente <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Remodelada<br><input type="checkbox"/> Cambio de Dueño (proporcione un menú)<br><b>Fecha de Apertura Estimada:</b> _____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Nombre del Establecimiento:** \_\_\_\_\_

|                                     |                                           |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| Teléfono del establecimiento: _____ | Correo electrónico establecimiento: _____ |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|

Fuente de Agua Dulce:  Ciudad  Hogar  Pozo Privado  Negocio Local  N/A (*Bodega/Almacén*)  
 Escriba el nombre, la ciudad y/o la dirección de su fuente de agua: \_\_\_\_\_

**Historial de Licencia:** ¿La Unidad Móvil tenía previamente licencia en Oregon?  Yes  No  N/A  
 De ser así, último año de operación: \_\_\_\_\_ Condado donde se otorgó la última licencia \_\_\_\_\_

Ubicación(es) de **La Unidad Móvil** (Dirección y Ciudad): \_\_\_\_\_

|                                                                                                                    |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Se envió El Contrato de Eliminación de Aguas Residuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A | ¿Se envió El Contrato de Baños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

**Días y Horario de Operación:** Marque con un círculo los días y escriba el horario de operación

| Días  | Dom | Lun | Mar | Mié | Jue | Vie | Sáb |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Horas | a   | a   | a   | a   | a   | a   | a   |

Meses de Operación:  Todo el año -- U --  Otro: \_\_\_\_\_

Ubicación de **Bodega/Almacén** o **Máquina Expendedora** (Dirección, Ciudad, Código Postal):  
 N/A

|                                                                                                          |                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Se envió El Contrato de Uso de <b>Bodega</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A | ¿Se envió La Solicitud de Revisión del Plan de <b>Máquina Expendedora</b> ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ubicación del **Comisariato [cocina comercial]** (Dirección, Ciudad, Código Postal):  
 N/A

|                                     |                                                                                                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de <b>cocina comercial</b> : | ¿Se envió El Contrato del <b>Comisariato</b> ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¿Qué días/horario se usará el **Comisariato**? \_\_\_\_\_

|                   |                                                                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del Dueño: | <input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¿Es usted el dueño de otros establecimientos autorizados por el Departamento de Salud?  Sí  No  
 De ser así, enumere los nombres: \_\_\_\_\_

Dirección postal del Dueño: \_\_\_\_\_

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Correo electrónico del dueño: | Teléfono: |
|-------------------------------|-----------|

**Dirección de Facturación:** ( El mismo del Dueño)

|                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| Correo electrónico de facturación: | Teléfono: |
|------------------------------------|-----------|

**Todas las licencias emitidas bajo esta Ley se deberán renovar el 31 de DICIEMBRE de CADA AÑO. Acepto cumplir con las disposiciones del Capítulo 624 de los Estatutos Revisados de Oregon y el Capítulo 333 de las Reglas Administrativas de la Autoridad de Salud de Oregon correspondiente. Además, certifico que la información proporcionada en este formulario es exacta.**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

| Para Uso de la Oficina                                                 |        |                    |
|------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|
| Tarifa recibida \$                                                     | Fecha: | Recibo Núm:        |
| <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> No Aprobado | Fecha: | Inspeccionado por: |