



**SERVICIO DE COMIDA  
SOLICITUD DE LICENCIA**

**UNIDAD MÓVIL, BODEGA, ALMACÉN, MÁQUINA EXPENDEDORA**

- Unidad Móvil – Clase: \_\_\_\_\_  Bodega  Almacén  Venta #Unidades: \_\_\_\_\_
- Nueva construcción  Remodelado
- Cambio de Dueño Antiguo nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

**Nombre del establecimiento:** \_\_\_\_\_

Drenaje:  Privado  Publico

Sistema de agua:  Privado  Publico Nombre/número del sistema público de agua: \_\_\_\_\_

**Nombre del propietario/solicitante:** Nombre \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

- Individual  Corporación  Consorcio  Otro: \_\_\_\_\_

DBA o C/O: \_\_\_\_\_

¿Es dueño de otros establecimientos autorizados por el Departamento (salud?)  Yes  No

En caso afirmativo, nombre del establecimiento (s) \_\_\_\_\_

Dirección de correo/pagos del propietario: \_\_\_\_\_

# Celular: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ # de Fax: \_\_\_\_\_

Contactos alternativos: \_\_\_\_\_

Correo electrónico principal para pagos/correspondencia: \_\_\_\_\_

**Ubicación Física Del Establecimiento:** \_\_\_\_\_

Dirección/para pagos del establecimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono del Establecimiento #: \_\_\_\_\_

Página de Internet del establecimiento: \_\_\_\_\_

el pago de \$ \_\_\_\_\_ Por la presente, se cobra una tarifa de licencia para la aplicación para operar el establecimiento anterior de conformidad con todas las reglamentaciones de servicio de alimentos aplicables. Entiendo que el incumplimiento de los requisitos de las disposiciones de los Estatutos Revisados de Oregon, Capítulo 624, y las Reglas Administrativas, Capítulo 333, de la Autoridad de Salud de Oregon puede negar o revocación de la licencia. Además, doy fe de que la información proporcionada en este formulario es correcta.

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

**FOR OFFICE USE ONLY**

cantidad recibida: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  efectivo  Cheque# \_\_\_\_\_  CC/tarjeta  giro postal

revisado por: \_\_\_\_\_  Aprobado  No Aprobado

# Distrito de Salud Pública Del Norte Central

419 East 7<sup>th</sup> Street, The Dalles, OR 97058

correo electrónico: [publichealth@ncphd.org](mailto:publichealth@ncphd.org) Teléfono: 541-506-2603



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.  
**North Central Public Health District**  
*"Caring For Our Communities."*

## Aplicación de almacén

Nueva     Remodelado

**Nombre de la unidad móvil** que apoya el almacén: \_\_\_\_\_

Ubicación: La misma que la unidad móvil     Si     No

Si no, ubicación del almacén: \_\_\_\_\_

Nombre del operador: \_\_\_\_\_ Nombre del POD: \_\_\_\_\_

Al enviar esta solicitud, incluya los siguientes documentos:

Panes – dibujado a escala que muestra la ubicación del equipo y las ubicaciones de almacenamiento de alimentos.

Lista de equipos (si corresponde)

Soy consciente de que la preparación de alimentos, el montaje, la cocción, el enfriamiento, el lavado de platos y la fabricación de hielo no están permitidos en el almacén.     Si     No

Soy consciente de que solo se permite almacenar en el almacén alimentos empaquetados sin abrir, utensilios, artículos de un solo servicio, artículos de limpieza o servicio para la unidad móvil.     Si     No

Preparación de alimentos: picar, pre cocinar, marinar, etc.     Si     No

1. De qué está hecho el Almacén (lista de materiales)

Piso: \_\_\_\_\_

Paredes: \_\_\_\_\_

Techo: \_\_\_\_\_

Puertas: \_\_\_\_\_

Ventanas: \_\_\_\_\_

Estantería: \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo asegurará el almacén?: \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo controlará las plagas?: \_\_\_\_\_

4. ¿Qué se almacenará en el almacén? Enumere todos los alimentos, artículos de un solo uso, productos químicos y equipos (Adjunte una lista de cualquier artículo adicional):

---

---

---

5. ¿Habrá refrigeradores y/o congeladores en el almacén? Si No

En caso afirmativo, indique la marca/modelo de cada uno, el número de unidades y la fuente de energía (es decir, eléctrica, generador, etc.)

---

---

---

6. Si corresponde, ¿tiene termómetros dentro de cada refrigerador?: Si No

7. Si los productos químicos se almacenan en el almacén, ¿cómo los separará de los alimentos para evitar la contaminación cruzada? \_\_\_\_\_

---

---

**Declaración:** Por la presente certifico que la información anterior es correcta y entiendo completamente que cualquier desviación de lo anterior sin el permiso previo de esta Oficina Reguladora de Salud puede anular la aprobación final.

Firma del Propietario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

*La aprobación de estos planes y especificaciones por parte de la Autoridad Reguladora no indica el cumplimiento de ningún otro código, ley o regulación que pueda ser necesaria, ya sea federal, estatal o local. Además, no constituye un respaldo o aceptación del establecimiento completo (estructura o equipo).*

*Las violaciones de OAR 333 pueden resultar en la denegación, suspensión o revocación de su licencia. El cierre de la instalación puede resultar de violaciones no corregidas. Puede obtener una audiencia por cualquier denegación, suspensión, revocación o cierre de comunicarse con la agencia de licencias ORS 183*

# DISTRITO DE SALUD PUBLICA DEL NORTE CENTRA

419 East 7<sup>th</sup> Street, The Dalles, OR 97058

Correo electrónico: [publichealth@ncphd.org](mailto:publichealth@ncphd.org) Teléfono: 541-506-2603



Public Health  
Prevent. Promote. Protect.  
North Central Public Health District  
"Caring For Our Communities."

## ACUERDO DE USO DE BODEGA/ALMACÉN

El siguiente establecimiento de servicio de alimentos con licencia, conocido como: \_\_\_\_\_,

Situado en: \_\_\_\_\_,

por la presente se compromete a proporcionar acceso a sus instalaciones a: \_\_\_\_\_

unidad móvil de alimentos para uso como bodega o almacén. Este economato se utilizará para toda la preparación y/o almacenamiento de alimentos, lavado de platos, mantenimiento de unidades o cualquier otro propósito según lo requiera la autoridad local de salud pública. Este almacén se utilizará únicamente para el almacenamiento de productos empaquetados comercialmente.

Este acuerdo entre las dos partes mencionadas anteriormente es válido solo para el año de licencia actual y debe renovarse después de esa fecha. **Sin embargo, si se rescinde este acuerdo, la unidad móvil de alimentos debe cesar inmediatamente sus operaciones hasta que se asegure otro acuerdo de bodega o almacén y se le proporcione al departamento de salud.** Este acuerdo queda sin efecto si el establecimiento de servicio de alimentos no tiene una licencia vigente para operar.

Firmado por:

**Dueño del Restaurant** (Imprima): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Propietario de unidad móvil de alimentos** (Imprima): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

For NCPHD Office Use Only:

Approved by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_