



SOLICITUD DE PERMISO DE SALUD

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE • LOS PERMISOS DE SALUD NO SON TRANSFERIBLES			
INFORMACIÓN DE LA INSTALACIÓN			
Primer Fecha de Operación:	Nombre Anterior de la Instalación (si corresponde):		
Nombre de la Instalación:			
Nombre del Contacto:		Correo Electrónico:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Cod. Postal:
Número de Teléfono:	Número de Teléfono Alternativo:	Número de Fax:	
INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO LEGAL			
Propietario de la Instalación:		Número de Teléfono:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Cod. Postal:
INFORMACIÓN DE LA FACTURA			
Nombre del Contacto:			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Cod. Postal:
TODAS LAS TARIFAS DEBEN SER PAGADAS ANTES DEL PRIMER DÍA DE OPERACIÓN. HACER CHEQUES PAGADEROS A: SAN BERNARDINO COUNTY			
<p>La solicitud y la tarifa deben presentarse antes de la operación por cualquier nuevo propietario. Si no paga dentro de los 30 días después del primer día de operación, se le puede añadir un costo adicional por tardanza de pago.</p> <p>Indemnización: El Contratista acepta indemnizar, defender (con abogados razonablemente aprobados por el Condado) y eximir de responsabilidad al Condado y sus funcionarios autorizados, empleados, agentes y voluntarios de cualquier reclamo, acción, pérdida, daño y/o responsabilidad que surja de este contrato por cualquier causa, incluyendo los actos, errores o omisiones de cualquier persona y por cualquier costo o gasto incurrido por el Condado en cuenta de cualquier reclamo, excepto donde dice indemnización esté prohibida por ley. Esta disposición de indemnización se aplicará independientemente de la existencia o grado de culpa de los indemnitarios. La obligación de indemnización del Contratista se aplica a la "negligencia activa" así como a la "negligencia pasiva" del Condado, pero no se aplica a la "negligencia exclusiva" o al "comportamiento intencional" del Condado en el sentido de la Sección 2782 del Código Civil.</p> <p>Debo notificar a esta agencia por escrito si transfiero la propiedad, cierro la operación o cambio el domicilio de facturación. El no hacerlo puede resultar en la obligación de pagar tarifas de servicios de salud y penalidades adicionales.</p> <p>POR LO PRESENTE SOLICITO LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL PERMISO para establecer y/o operar el negocio mencionado anteriormente, usar o brindar servicios de acuerdo con las leyes, ordenanzas y regulaciones que estén vigentes ahora o puedan estarlo en el futuro por el gobierno de los Estados Unidos, el Estado de California y el Condado de San Bernardino relacionadas con dicho negocio. Por lo presente, consiento todas las inspecciones necesarias relacionadas con la emisión de este permiso y la operación del negocio.</p> <p>___ Iniciales Entiendo que cualquier construcción, alteración o reparación, incluyendo, pero no limitado a cambios o alteraciones en el equipo, cambios en el menú o cambios en el método de operación de la instalación requieren revisión y aprobación de los Servicios de Salud Ambiental (EHS).</p>			
<input type="checkbox"/> Firma Electrónica Únicamente: Al marcar esta casilla, confirmo que estoy presentando esta solicitud electrónicamente y que la información en este formulario es verdadera y correcta. También reconozco que he leído, comprendido y aceptado los términos y condiciones de este formulario.			Fecha:
Firma:			
Imprima nombre:		Título:	

Para Uso de Oficina Únicamente

Fee:	FA Number:	Record ID:	Program Identifier:	PE Number:
Late Fee: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Designated Employee:	Received By:	Date:	FDA Category:
Check One: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> Reactivate	Service Request:		1383 Tier Status:	Plan Checker Initials:

INSTALACIONES DE ALIMENTOS	Número de asientos:	Número de máquinas de yogur/helado suave:
	Pies cuadrados: Número de camas limitadas para atención médica:	Número de unidades de máquinas expendedoras: <input type="checkbox"/> Instalaciones de servicio de alimentos (catering) <input type="checkbox"/> Banco de alimentos <input type="checkbox"/> Despensa de alimentos

INSTALACIONES DE ALIMENTOS MÓVILES (MFF)/ VENTA AMBULANTE	Operaciones Compactas y Móviles de Alimentos/Carritos	Bajo Riesgo	Medio Riesgo	Alto Riesgo	
		<input type="checkbox"/> Alimentos No Potencial Peligrosos (ANPP) preenvasados* (mayor de 25 pies cuadrados)	<input type="checkbox"/> Alimentos Potencialmente Peligrosos (APP) preenvasados*	<input type="checkbox"/> Preparación de alimentos limitada (mantenimiento caliente/frío, dispensación, porcionar, rebanado/picado)	<input type="checkbox"/> Preparación de alimentos limitada (con carne cruda, aves o pescado crudos)
	Vehículos y Remolques	<input type="checkbox"/> Describa la operación:			
		<input type="checkbox"/> Preenvasado y Congelado o ANPP	<input type="checkbox"/> APP Preenvasado o ANPP Preparado	<input type="checkbox"/> Preparación de Alimentos	
<input type="checkbox"/> Describa la operación:					

¿Opera en un área no incorporada del condado? Si No
Es posible que se requiera que las instalaciones móviles de alimentos que operan en áreas no incorporadas del condado obtengan una licencia comercial del Secretario de la Junta.

Llene la siguiente información:

Número de Licencia de Conducir:	Número de Placas:	Número VIN:	Marca:	Año:	Número de calcomanía:
---------------------------------	-------------------	-------------	--------	------	-----------------------

Información del comisariato: Forma A (Dentro del Condado de San Bernardino) Forma B (Fuera del Condado de San Bernardino)

SALUD RECREATIVA	NÚMERO DE	DETALLES			
	Piscinas:	Identificador del programa (ej. Piscina en la oficina)			
	Spas:	Capacidad (galones)			
	Piscinas para niños:	Caudal máximo/galones por minuto (GPM)			
	Toboganes de agua:	Área de superficie (Pies cuadrados)			
	Playas para nadar:	Ocupación máxima (Personas)			
	Zona de chorros:				

ALOJAMIENTO	Número de Unidades:	Capacidad del campamento (campistas y personal):
	NOTA: LAS VIVIENDAS MULTIFAMILIARES EN LAS ÁREAS NO INCORPORADAS DEL CONDADO HAN RECIBIDO INFORMACIÓN PARA OBTENER UNA LICENCIA COMERCIAL DEL CONDADO.	

VECTORES	Número de aves:		Número de caballos:		
AGUA	Número de conexiones:	Número de fuentes:	Tipo de Sistema: <i>Presione aquí para determinar su sistema de agua</i> <input type="checkbox"/> Sistema de Agua Comunitario (CWS) <input type="checkbox"/> Sistema de Agua No Comunitario y No Transitorio (NTNCWS) <input type="checkbox"/> Sistema Transitorio de Agua No Comunitario (TNCWS) <input type="checkbox"/> Sistema Pequeño Estatal de Agua (SSWS)		
TRANSPORTADORES DE RESIDUOS	Número de licencia:	Marca:	Año:	Número de calcomanía:	Galones (si corresponde):
Conteo total de vehículos: (Utilice una hoja de papel aparte si es necesario)					
ARTE CORPORAL	Tipo de instalación: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Móvil		Actividades (Seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Tatuaje <input type="checkbox"/> Perforación del cuerpo <input type="checkbox"/> Cosmética Permanente <input type="checkbox"/> Marcamiento		
DESECHOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/> Generador de pequeñas cantidades (menos de 200 libras de desechos médicos generados por mes sin tratamiento en el sitio) <input type="checkbox"/> Generador de pequeñas cantidades (menos de 200 libras de desechos médicos generados por mes con tratamiento en el sitio) <input type="checkbox"/> Generador de grandes cantidades (más de 200 libras de desechos médicos generados por mes) <input type="checkbox"/> Instalación de almacenamiento común (área de almacenamiento compartida por más de un generador de pequeñas cantidades)				