



CONDADO DE SAN MATEO
 División de Servicios de Salud Ambiental
 2000 Alameda de las Pulgas, Suite 100, San Mateo, CA 94403
 Teléfono (650) 372-6200 Fax (650) 627-8244
 www.smchealth.org



ATENCIÓN OPERADORES DE INSTALACIONES AMBULANTES DE ALIMENTOS:

Su permiso de operación vence el **29 de febrero de 2016**. Su instalación ambulante de alimentos (Mobile Food Facility, MFF) deberá inspeccionarse y recibir un permiso engomado para que pueda seguir en operación. Si su MFF no se inspecciona antes del 29 de febrero de 2016, se agregará de manera automática una **multa del 25%** a todas las tarifas de los permisos. Se cobrará una cantidad equivalente al triple de la tarifa del permiso a cualquier instalación que se encuentre en operación sin un permiso engomado vigente. Si ya no opera su MFF, llene el **Certificado de Instalación Ambulante de Alimentos Fuera de Operación** que se encuentra a continuación y devuelva el formulario a la dirección antes mencionada. Su cuenta se enviará al Departamento de **COBRANZA** si no envía el Certificado de Instalación Ambulante de Alimentos Fuera de Operación antes del **29 de febrero de 2016**.

PARA AYUDA CON ESTA FORMA, POR FAVOR LLAMAR AL (650) 372-6211.

LISTAS DE CONTROL PARA EL PROCESO DE RENOVACIÓN DE INSTALACIONES AMBULANTES DE ALIMENTOS

Cuando programe una cita, deberá presentar los siguientes elementos:

- Llenar la solicitud de instalación ambulante de alimentos y entregar con el pago del permiso a este Departamento.
- Para todas las unidades de preparación de alimentos limitados e ilimitados, se debe adjuntar a la solicitud el comprobante del Certificado de Seguridad del Administrador de Alimentos y TODAS las tarjetas de los miembros del personal que manejan alimentos. Si no lo hace, no podrá programar una cita.
- Se deberán presentar los procedimientos operativos por escrito para la manipulación de alimentos, la limpieza y la desinfección de las superficies que entren en contacto con los alimentos, así como de los utensilios, si se solicita.

Las citas estarán disponibles del 16 al 19 y del 22 al 26 y 29 de febrero, de las 9 a. m. a las 3 p. m. en Redwood City (vea la dirección a continuación). También habrá inspecciones el sábado 27 de febrero de 9 a. m. a 3 p. m. en la dirección antes mencionada. Llame al (650) 372-6211 para programar su cita.

Deberá completar los siguientes elementos antes de la inspección:

- Letreros permanentes en ambos lados del vehículo, incluido el nombre del negocio o el nombre del operador con una altura de al menos 3 pulgadas; la ciudad, el estado y el código postal del establecimiento deberán ser al menos de 1 pulgada de alto y estar presentes en un color contrastante.
No se aceptan letreros magnéticos ni hechos con marcador permanente.
- Todo el equipo deberá estar listo al momento de la inspección (es decir, deberá contar con agua corriente caliente (120°F) y fría, el equipo para mantener la comida caliente y las mesas de vapor deberán estar a 135° F o más, los dispensadores de jabón para manos y toallas de papel deberán estar abastecidos, deberá contar con desinfectante disponible, y el refrigerador deberá estar a una temperatura de conservación [41°F o menor], etc.).
- Para todas las instalaciones ambulantes de alimentos cerradas, se requiere que el vehículo tenga un emblema vigente y visible del Departamento de Desarrollo Comunitario y de Vivienda (Housing and Community Development, HCD) del Estado de California. Para obtener más información, comuníquese al HCD al (916) 255-2501.

UBICACIÓN DE LA INSPECCIÓN:

**Grant Corporation Yard
 752 Chestnut Street
 Redwood City, CA 94063**

CERTIFICADO DE INSTALACIONES AMBULANTES DE ALIMENTOS FUERA DE OPERACIÓN

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN
 AMBULANTE DE ALIMENTOS (MFF): _____

NOMBRE DEL
 PROPIETARIO: _____

DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO: _____

CIUDAD, ESTADO
 Y CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____ N.º DE PLACA DE
 MATRÍCULA: _____

NÚMERO DEL PERMISO
 ENGOMADO: _____

Ya no estoy operando esta instalación ambulante de alimentos en el Condado de San Mateo y solicito que la División de Salud Ambiental cancele el permiso de esta instalación. Por medio del presente certifico que la información que se proporcionó anteriormente es fiel y exacta.

FIRMA: _____ NOMBRE EN LETRA
 DE MOLDE: _____ FECHA: _____

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA: RECORD ID: _____ REHS APPROVAL: _____ DATE: _____



SOLICITUD DE INSTALACIÓN AMBULANTE DE ALIMENTOS (MFF)

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS

TIPO DE SOLICITUD: RENOVIACIÓN NUEVO NEGOCIO VEHÍCULO O CARRITO ADICIONAL VERIFICACIÓN DE PLANOS CAMBIO DE DIRECCIÓN

DATOS DE LA MFF

TIPO DE INSTALACIÓN:

- 1540 MFF: CARRITO DE PRODUCTOS EMPACADOS (es decir, carrito de helados, papas fritas y refrescos)
- 1541 MFF: UNIDAD DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS LIMITADOS (es decir, carrito de perros calientes, de tamales o camión de postres)
- 1542 MFF: CAMIÓN DE PRODUCTOS EMPACADOS (es decir, camión de productos agrícolas o de helados)
- 1543 MFF: UNIDAD DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS ILIMITADOS (es decir, camión de tacos, camión de comida gourmet)

NOMBRE DE LA MFF: _____

PLACA DE MATRÍCULA: _____ VIN (NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO) (ÚLTIMOS 5 DÍGITOS): _____ EMBLEMA DEL HCD DEL ESTADO: _____

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____ N.º TELEFÓNICO: _____

DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO: _____ CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

Escriba la dirección postal a continuación, si es diferente a la DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO. Toda la correspondencia se enviará a la DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO, a menos que se especifique de otra forma.

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS ALIMENTOS QUE SE VENDERÁN O INCLUYA UN MENÚ:

INICIATIVA SALUDABLE (marque una opción): FRUTAS Y VERDURAS FRESCAS FRUTAS FRESCAS SIN VERDURAS VERDURAS SIN FRUTAS SIN FRUTAS NI VERDURAS

PROGRAMACIÓN DE RUTAS

Día de la semana	Hora	Ubicación

UBICACIÓN DEL SANITARIO: _____

Por medio de la presente, el suscrito solicita un permiso para operar en el Condado de San Mateo y está de acuerdo en operar de acuerdo con todos los reglamentos, las leyes y los procedimientos de inspección estatales y locales que se apliquen para garantizar el cumplimiento. Se requiere el pago de todas las tarifas y multas retrasadas, de haberlas, para garantizar un permiso vigente antes de continuar con las operaciones. De lo contrario, es posible que se haga acreedor a una notificación por comisión de un delito menor, la revocación o la suspensión del permiso o la clausura. Notifique a Salud Ambiental de San Mateo sobre cualquier cambio en el tipo de actividad comercial, el nombre, la dirección de facturación o la propiedad llamando al número antes mencionado. (LOS PERMISOS Y LAS TARIFAS NO SON TRANSFERIBLES).

FIRMA: _____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____ FECHA: _____



FORMULARIO DE ACUERDO DEL COMISARIATO DE UNA MFF

COMISARIATO DEL CONDADO DE SAN MATEO

COMISARIATO AFUERA DEL CONDADO*
*SE REQUIERE LA FIRMA DE UN DEPARTAMENTO DE SALUD EXTERNO AL CONDADO MÁS ADELANTE

PARA MÚLTIPLES COMISARIATOS, PRESENTE UN FORMULARIO DE COMISARIATO COMPLETO PARA CADA UBICACIÓN.

DATOS DEL COMISARIATO

NOMBRE DEL COMISARIATO: _____ NOMBRE DEL OPERADOR: _____
 DIRECCIÓN DEL COMISARIATO: _____ CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____
 N.º TELEFÓNICO DEL COMISARIATO: _____ N.º DE FAX DEL COMISARIATO: _____

TIPO DE COMISARIATO: RESTAURANTE COCINA COMERCIAL COMISARIATO VEHICULAR OTRO (especifique) _____

YO, EL OPERADOR O PROPIETARIO DEL COMISARIATO, PROPORCIONARÉ LOS SIGUIENTES SERVICIOS EN ESTA UBICACIÓN:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ALMACENAJE DE LA MFF POR LA NOCHE | <input type="checkbox"/> DESECHO DE BASURA Y DE GRASA | <input type="checkbox"/> ÁREA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS |
| <input type="checkbox"/> ÁREA DE LAVADO DE UTENSILIOS DE COCINA | <input type="checkbox"/> SUMINISTRO DE AGUA POTABLE | <input type="checkbox"/> SANITARIOS APROBADOS |
| <input type="checkbox"/> DESECHO DE RESIDUOS LÍQUIDOS | <input type="checkbox"/> ALMACENAJE DE ALIMENTOS Y UTENSILIOS | <input type="checkbox"/> INSTALACIONES PARA COCINAR |

Por medio del presente, YO, EL OPERADOR O PROPIETARIO DEL COMISARIATO, declaro que cuento con un permiso de salud ambiental vigente para operar un comisariato como se define en el Capítulo 10 del Código de Venta Alimenticia de California (California Retail Food Code). *Nota: Todos los comisariatos afuera del condado deberán incluir una copia vigente del permiso estatal o de la División de Salud Ambiental. También notificaré a la División de Salud Ambiental del Condado de San Mateo, por medio de un documento escrito, sobre cualquier cambio en el estado de mi operación, de mi permiso de salud ambiental o cuando este acuerdo de comisariato se termine.

FIRMA: _____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____ FECHA: _____

DATOS DE LA MFF

UBICACIÓN DEL ALMACENAJE NOCTURNO DEL VEHÍCULO O CARRITO: _____

UBICACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS O COCINA: _____

UBICACIÓN DEL LAVADO DE UTENSILIOS DE COCINA: _____

SI SE MENCIONAN VARIAS UBICACIONES, SE DEBERÁ PRESENTAR UN FORMULARIO DE COMISARIATO COMPLETO PARA CADA UBICACIÓN. DE LO CONTRARIO, SE RETRASARÁ LA APROBACIÓN DE SU PERMISO.

Yo, EL PROPIETARIO U OPERADOR DE LA MFF, trabajaré fuera del establecimiento antes mencionado y me reportaré al establecimiento al menos una vez por día operativo para limpiar y dar servicio (como se establece anteriormente) [Código de Servicios de Salud de California (California Health Services Code, C.H.S.C.) Sec. 114297]. Almacenaré la MFF en el comisariato aprobado o en otra ubicación aprobada. Si se descontinúa el uso del comisariato, lo notificaré a la División de Salud Ambiental al (650) 372-6200 para que se realicen los cambios necesarios.

FIRMA: _____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____ FECHA: _____

*ENVIRONMENTAL HEALTH DEPARTMENT (OUT OF COUNTY ONLY):

If commissary establishment is outside of San Mateo County, the local environmental health jurisdiction is verifying that current commissary health permit is valid by signing this form. _____ County verifies that the above mentioned commissary is located in _____ County and meets California Retail Food Code, Section 114294-114297 and 114326 commissary requirements. The above checked requirements are available at the proposed commissary.

NAME:	SIGNATURE:	REHS #:
PHONE:	EMAIL:	DATE: