



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: