



SOLICITUD DE UNIDAD MÓVIL COMPACTA DE ALIMENTOS (CMFO)

TIPO DE SOLICITUD

RENOVACIÓN NUEVO NEGOCIO VEHÍCULO/CARRITO ADICIONAL

**PARA LA REVISIÓN DEL PLANO DE LA UNIDAD MÓVIL COMPACTA DE ALIMENTOS, ENVÍE LA SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE PLANOS DEL PROGRAMA DE ALIMENTOS.*

INFORMACIÓN DEL TIPO DE CMFO

CMFO PREENVASADOS ÚNICAMENTE, SIN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

CMFO SIN MOTOR, PREPARACIÓN DE ALIMENTOS LIMITADA

NOMBRE COMERCIAL DE LA UNIDAD MÓVIL COMPACTA DE ALIMENTOS: _____

SELECCIONE OTROS CONDADOS DEL ÁREA DE LA BAHÍA EN LOS QUE TENGA PREVISTO OPERAR O EN LOS QUE ESTÉ AUTORIZADO ACTUALMENTE:

ALAMEDA CONTRA COSTA SANTA CLARA SANTA CRUZ SAN FRANCISCO SOLANO OTRO _____

INFORMACIÓN DE LA INSTALACIÓN

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____ TELÉFONO #: _____ CELULAR #: _____

DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO: _____ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SITIO WEB: _____

¿LA DIRECCIÓN POSTAL ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO? INDÍQUELA ¿DESEA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN?

A CONTINUACIÓN. TODA LA CORRESPONDENCIA SE ENVIARÁ A LA DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO, A NO SER QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO.

SÍ NO

DIRECCIÓN POSTAL/CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

TIPO DE NEGOCIO DE CMFO

TIPO DE OPERACIONES DEL NEGOCIO: OPERA EN UNA UBICACIÓN CONDUCE EN UNA RUTA

OPERA EN EVENTOS TEMPORALES

OTRO (p. e.g., fuera de la red, etc.) _____

*Consulte con las ciudades o ayuntamientos locales los requisitos adicionales, como la licencia comercial, el permiso de ocupación o el permiso de vendedor ambulante.

INFORMACIÓN DE LA RUTA

LUGAR/DIRECCIÓN Y CIUDAD DEL EVENTO TEMPORAL	DÍAS DE OPERACIÓN								HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN
	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> MA	<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

UBICACIÓN(ES) DE SANITARIO(S): _____



Por medio de la presente, el suscrito solicita un permiso para operar en el condado de San Mateo y está de acuerdo en operar conforme con todos los reglamentos, las leyes y los procedimientos de inspección locales correspondientes 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 suspensión o la revocación del permiso o la clausura. Me comprometo a notificar a los Servicios de Salud Medioambiental del Condado de San Mateo cualquier cambio en el tipo de actividad comercial, nombre, dirección de facturación, acuerdo de economato o propiedad. **LOS PERMISOS Y LAS TARIFAS NO SON TRANSFERIBLES.**

Escriba con letra de imprenta el nombre del propietario/representante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE ACUERDO DE UBICACIÓN AUTORIZADA

- ECONOMATO DEL CONDADO DE SAN MATEO UBICACIÓN FUERA DEL CONDADO* APROBACIÓN DE LA CMFO
*REQUIERE VERIFICACIÓN DE SALUD MEDIOAMBIENTAL FUERA DEL CONDADO A CONTINUACIÓN

PARA VARIAS UBICACIONES, PRESENTE UN FORMULARIO DE ECONOMATO LLENADO PARA CADA UBICACIÓN.

INFORMACIÓN DE LA UBICACIÓN

NOMBRE DE LA UBICACIÓN AUTORIZADA: _____

NOMBRE DEL OPERADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD/CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FAX #: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE UBICACIÓN

- RESTAURANTE COCINA COMERCIAL COMISARIATO PARA VEHICULOS
 OTRO _____

ACUERDO DEL PROPIETARIO/OPERADOR DE LA UBICACIÓN AUTORIZADA

YO, PROPIETARIO/OPERADOR DE LA UBICACIÓN AUTORIZADA, PRESTARÉ LOS SIGUIENTES SERVICIOS AL SOLICITANTE DE LA CMFO:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ÁREA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | INSTALACIONES PARA COCINAR | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS REFRIGERADOS/CONGELADOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ALMACENAMIENTO EN SECO DE ALIMENTOS Y EQUIPO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ÁREA DE LAVADO DE UTENSILIOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | SUMINISTRO DE AGUA POTABLE | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| DESECHO DE RESIDUOS LÍQUIDOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ELIMINACIÓN DE GRASA O ACEITE | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| DESECHO DE BASURA INSTALACIONES PARA COCINAR | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | CONEXIÓN ELÉCTRICA | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| ALMACENAMIENTO NOCTURNO DE LA INSTALACIÓN MÓVIL DE ALIMENTOS | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ESTACIONAMIENTO CERRADO DURANTE LA NOCHE (CARRITOS) | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |



YO, PROPIETARIO/OPERADOR DEL ECONOMATO o PROPIETARIO/OPERADOR DE LA UBICACIÓN AUTORIZADA, por medio de la presente declaro que tengo un permiso válido de Servicios de Salud Medioambiental para operar un economato según se define en el Código de California para la Venta Minorista de Alimentos, Capítulo 10 o una ubicación aprobada según se establece en el Código de California para la Venta Minorista de Alimentos, Capítulo 11.7. **Nota: Incluya una copia del permiso de salud válido para los economatos fuera del condado. Notificaré por escrito a los Servicios de Salud Medioambiental del Condado de San Mateo cualquier cambio en el estado de mi operación, permiso de salud, o a la terminación de este acuerdo.*

Escriba con letra de imprenta el nombre del propietario/representante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/OPERADOR DE LA CMFO

Yo, PROPIETARIO/OPERADOR DE LA CMFO, operaré fuera del economato mencionado anteriormente y me presentaré en el economato al menos una vez cada día de operaciones para la limpieza y el mantenimiento (como se indicó anteriormente) [Código de California para la Venta Minorista de Alimentos (California Retail Food Code, CRFC) Sección 114297]. Almacenaré la CMFO en el economato aprobado o en otro lugar autorizado durante la noche. Notificaré por escrito a los Servicios de Salud Medioambiental del Condado de San Mateo cualquier cambio en este acuerdo.

NOMBRE COMERCIAL DE LA CMFO: _____

Escriba con letra de imprenta el nombre del propietario/representante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE SALUD MEDIOAMBIENTAL FUERA DEL CONDADO

Si la ubicación autorizada propuesta se encuentra fuera del condado de San Mateo, la jurisdicción local de salud medioambiental verificará que el permiso de salud del economato sea válido firmando a continuación. El condado/ciudad _____ verifica que el economato mencionado anteriormente cumple los requisitos del Código de California para la Venta Minorista de Alimentos, Sección 114294-114297 y 114326. Los requisitos antes mencionados se encuentran disponibles en el economato.

REHS Name: _____ Signature: _____ REHS #: _____

Phone #: _____ E-mail: _____ Date: _____

PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTÁNDAR DE LA CMFO (solo preparación limitada)

INFORMACIÓN DE LA CMFO

NOMBRE COMERCIAL DE LA CMFO: _____

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

1. ¿DÓNDE SE COMPRAN LOS ALIMENTOS PARA LA CMFO?

2. ¿CÓMO SE TRANSPORTAN LOS ALIMENTOS DESDE EL LUGAR DE COMPRA HASTA LA CMFO O LA UBICACIÓN AUTORIZADA?



3. ¿QUÉ ALIMENTOS SE PREPARAN O COCINAN EN LA UBICACIÓN AUTORIZADA?

4. ¿QUÉ ALIMENTOS SE PREPARAN O COCINAN EN LA CMFO?

5. ¿HAY ALIMENTOS QUE SE COCINEN CON ANTELACIÓN, SE ENFRÍEN Y SE RECALIENTEN MÁS TARDE? ¿DÓNDE Y CÓMO SE ENFRÍAN LOS ALIMENTOS? ¿DÓNDE Y CÓMO SE RECALIENTAN Y A QUÉ TEMPERATURA?

6. ¿CUÁL ES LA TEMPERATURA DE LOS ALIMENTOS CUANDO SE CARGAN EN LA CMFO? _____

7. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE TOMAN LAS TEMPERATURAS DE LOS ALIMENTOS CALIENTES Y FRÍOS DURANTE EL SERVICIO?

8. ¿CÓMO SE ALIMENTA LA UNIDAD DE REFRIGERACIÓN DURANTE EL SERVICIO? (GENERADOR, TOMA DE CORRIENTE, OTROS)

9. SI SE REALIZA UNA PREPARACIÓN LIMITADA EN LA CMFO, ¿CÓMO SE REvisa LA TEMPERATURA FINAL DE COCCIÓN DE LAS PROTEÍNAS CRUDAS?

10. DESPUÉS DEL SERVICIO, ¿QUÉ SE HACE CON LOS ALIMENTOS DE LAS UNIDADES DE CONSERVACIÓN EN CALIENTE? (P. EJ., MESA DE VAPOR)

11. ¿DÓNDE SE ALMACENAN LOS ALIMENTOS DURANTE LA NOCHE Y A QUÉ TEMPERATURA? (REVISE LA TEMPERATURA AL PRINCIPIO Y AL FINAL DEL DÍA)

12. ¿DÓNDE SE LIMPIAN Y DESINFECTAN LOS UTENSILIOS Y EL EQUIPO? (UBICACIÓN AUTORIZADA, OTRO)

13. ¿DÓNDE SE VIERTEN LAS AGUAS RESIDUALES DE LOS TANQUES? (UBICACIÓN AUTORIZADA, OTRO)

14. ¿DÓNDE SE LIMPIA LA CMFO? _____

15. ¿DÓNDE SE ALMACENA LA CMFO DURANTE LA NOCHE? _____

Yo, PROPIETARIO/OPERADOR DE LA CMFO, seguiré los Procedimientos Operativos Estándar (Standard Operating Procedures, SOP) aprobados por los Servicios de Salud Medioambiental del Condado de San Mateo. Notificaré por escrito a los Servicios de Salud Medioambiental del Condado de San Mateo cualquier cambio en estos SOP.

Escriba con letra de imprenta el nombre del propietario/representante: _____

Firma: _____

Fecha: _____