



SOLICITUD DE INSTALLACION AMBULANTE DE ALIMENTOS (MFF)

TIPO DE SOLICITUD RENOVACION NUEVO NEGOCIO VEHICULO/CARRITO ADICIONAL

***PARA REVISION DE PLANOS, ENTREGAR LA SOLICITUD DE PROGRAMA DE ALIMENTOS.**

DATOS DE LA MFF

TIPO DE INSTALACION: FO500: CARRITO DE PRODUCTOS EMPACADOS (p. ej., paletas, papitas, soda) FO510: UNIDAD DE PREPARACION LIMITADA DE ALIMENTOS (p. ej., carrito de hot dog, tamales)
 FO520: CAMION DE PRODUCTOS EMPACADOS (p. ej., productos agricolas, paletas) FO530: UNIDAD DE PREPARACION ILIMITADA DE ALIMENTOS (p. ej., lonchera de tacos)

NOMBRE DEL NOGOCIO: _____

PLACA#: _____ VIN # (ULTIMOS 5 DIGITOS): _____ HCD INSIGNIA #: _____

SOLO MFF CERRADO

ENUMERE CUALQUIER OTRO CONDADO DEL AREA DE LA BAHIA DONDE OPERA O ACTUALMENTE TIENE PERMISO:

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

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____ NO. TELEFONICO: _____ ALT #: _____

DIRECCION DE PROPIETARIO: _____ CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: _____

E-MAIL: _____ SITIO WEB: _____

ESCRIBA LA DIRECCION POSTAL SI ES DIFERENTE A LA DIRECCION DEL PROPIETARIO. TODA LA CORRESPONDENCIA SE ENVIRARA A LA DIRECCION DEL PROPIETARIO A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE DE OTRA FORMA

ACTUALIZAR INFORMACION? SI NO

DIRECCION POSTAL: _____ CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: _____

TIPO DE OPERACION

MANEJAR UNA RUTA OPERAR EN UNA SOLA UBICACION
 OPERAR EN EVENTOS COMUNITARIOS OTRO (p. ej., Off the Grid, etc.) _____

PROGRAMACION DE RUTAS DE LA MFF

UBICACION/EVENTO COMUNITARIO DIRECCION Y CIUDAD		DIAS DE OPERACION							HORA INICIO	HORA FINAL
1		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
2		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
3		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
4		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
5		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
6		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
7		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
8		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
9		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		
10		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		

UBICACION 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.**

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

USO DE OFICINA BLA _____



ACUERDO DEL COMISARIATO DE LA MFF

COMISARIATO DEL CONDADO DE SAN MATEO

COMISARIATO AFUERA DEL CONDADO

*SE REQUIERE AUTORIZACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
AMBIENTAL EXTERNO AL CONDADO ABAJO

PARA MULTIPLES COMISARIATOS, PRESENTE UN ACUERDO DE COMISARIATO COMPLETO PARA CADA UBICACION.

DATOS DE COMISARIATO

NOMBRE DEL COMISARIATO: _____ NOMBRE DEL OPERADOR: _____

DIRECCION DEL COMISARIATO: _____ CIUDAD, CODIGO, POSTAL: _____

NO. TELEFONICO DEL COMISARIATO: _____ FAX: _____

COMISARIATO E-MAIL: _____

TIPO DE COMISARIATO

RESTAURANTE COCINA COMERCIAL COMISARIATO VEHICULAR OTRO _____

ACUERDO COMISARIO

YO, EL OPERADOR O PROPIETARIO DEL COMISARIATO, PROPORCIONARE LOS SIGUEINTES SERVICIOS AL SOLICITANTE DE LA MFF:

AREA DE PREPARACION DE ALIMENTOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INSTALACIONES PARA COCINAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALMACENAJE DE COMIDA EN REFRIGERACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALMACENAJE DE ALIMENTOS Y UTENSILIOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AREA DE LAVADO DE UTENSILIOS DE COCINA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SUMINISTRO DE AGUA POTABLE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DESECHO DE RESIDUOS LIQUIDOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESECHO DE GRASA/ACEITE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DESHECHO DE BASURA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONEXION ELECTRICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALMACENAJE DE LA MFF POR LA NOCHE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALMACENAJE CERRADO DE LA MFF (CARRITOS)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Por medio del presente, YO, EL OPERADOR O PROPIETARIO DEL COMISARIATO, declaro que cuento con un permiso de salubridad 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 de San Mateo deberán incluir una copia vigente del permiso de salubridad. Notificaré a la División de Salud Ambiental del Condado de San Mateo, por escrito, sobre cualquier cambio en el estado de mi operación, de mi permiso de salud ambiental o cuando este acuerdo de comisariato se termine.

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

MFF INFORMACION

Yo, EL PROPIETARIO U OPERADOR DE LA MFF, operaré en el comisariato antes mencionado y me reportaré al comisariato al menos una vez por día operativo para limpiar y dar servicio (como se establece anteriormente) [CRFC Sec. 114297]. Almacenaré la MFF en el comisariato aprobado o en otra ubicación aprobada por la noche (no en casa). Notificaré a la División de Servicios de Salud Ambiental del Condado de San Mateo por escrito de cualquier cambio a este acuerdo.

NOMBRE DEL NEGOCIO DE LA MFF: _____ PLACA #: _____

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

OUT OF COUNTY ENVIRONMENTAL HEALTH VERIFICATION (VERIFICACION DE SALUD AMBIENTAL AFUERA DEL CONDADO DE SAN MATEO:

If the proposed commissary is outside of San Mateo County, the local environmental health jurisdiction shall verify the commissary health permit is valid by signing below. _____ County/City verifies the above-mentioned commissary meets the requirements of the California Retail Food Code, Section 114294-114297 and 114326. The above checked requirements are available at the commissary.

REHS Name: _____ Signature: _____ REHS #: _____

Phone #: _____ E-Mail: _____ Date: _____



PROCEDIMIENTOS DE OPERACION ESTANDAR DE LA MFF (SOLO PARA FO510, FO530)
UTILICE LA PLANTILLA O ADJUNTE PROCEDIMIENTOS DE OPERACION ESTANDAR STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOPS)

MFF INFORMATION

NOMBRE DEL NEGOCIO DE LA MFF: _____

HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS ALIMENTOS QUE SE VENDERAN O INCLUYA UN MENU:

1. ¿Dónde se compran los alimentos para la MFF ?

2. ¿Cómo se transportan los alimentos desde la compra hasta la MFF o el comisariato?

3. ¿Qué alimentos se preparan o cocinan en el comisariato?

4. ¿Qué alimentos se preparan o cocinan en la MFF?

5. ¿Se cocinan los alimentos antes y luego se enfrían y recalientan más tarde? ¿Dónde y cómo se enfrían los alimentos? ¿Dónde y cómo se recalientan y hasta qué temperatura?

6. ¿Cuál es la temperatura de los alimentos cuando se suben a la MFF? _____
7. ¿Con qué frecuencia se toman las temperaturas de los alimentos calientes y fríos durante el servicio? _____
8. ¿Cómo funciona la unidad de refrigeración durante el servicio? (Generador, enchufe de corriente, otro)

9. ¿Cómo se verifica la temperatura final de cocción de las proteínas crudas?

10. Después del servicio, ¿qué se hace con los alimentos en las unidades de mantenimiento en caliente (p. ej., en la mesa de apoyo)?

11. ¿Dónde se almacenan los alimentos durante la noche y a qué temperatura? (Verifique temperatura al principio y al final del día)

12. ¿Dónde se limpian y desinfectan los utensilios y equipos de cocina ? (MFF, comisariato , otros) _____
13. ¿Dónde se descargan las aguas residuales de los tanques? (Comisariato, otro lugar) _____
14. ¿Dónde se limpia la MFF ? (Comisariato , otro lugar) _____
15. ¿Dónde se almacena la MFF durante la noche? (Comisariato , otro lugar) _____
16. Incluya los registros de temperatura. _____

Yo, EL PROPIETARIO U OPERADOR DE LA MFF, seguiré los Procedimientos de Operación Estándar [Standard Operating Procedures (SOPs)] aprobados de la División de Servicios de Salud Ambiental del Condado de San Mateo. Notificaré a la División de Servicios de Salud Ambiental por escrito de cualquier cambio a estos SOPs.

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____