



**DEPARTAMENTO DE DESARROLLO
ECONÓMICO Y COMMUNITARIO**
División de Salud Ambiental

2222 "M" Street
Merced, CA 95340
(209) 381-1100
(209) 384-1593 (FAX)
<http://www.countyofmerced.com/eh>
Empleador de Igualdad de Oportunidades

Solicitud y Cuestionario de Revisión del Plan de Instalación de Comida

Tipo de Establecimiento de Comida: ☐ Instalación Permanente de Comida ☐ Instalación Móvil de Comida ☐ Otro:			
Tipo de Construcción:		☐ Nuevo* ☐ Remodelación/Mejoramiento del Inquilino	
*Presentar una Solicitud de Permiso de Salud / Formulario de Ingresos de Datos para construcciones nuevas o cuando se realicen remodelaciones para nuevos inquilinos.			
Información de Negocio			
Nombre del Establecimiento de Comida (como se presenta en el sitio)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Información del Dueño del Negocio			
Nombre Legal del Dueño del Negocio		Número de Teléfono	Correo Electrónico
Si el propietario es una LLC, Inc, cooperativa, asociación o LP, presente la presentación más actualizada ante el Secretario de Estado de los firmantes o funcionarios.			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Yo, _____, como propietario del negocio, doy permiso al solicitante para presentar planos y realizar el trabajo indicado en los planos.			
Firma: _____		Fecha: _____	
Información del Remitente: ☐ Misma información que la Información de Negocios			
Nombre del Remitente		Nombre de Contacto / Contacto Secundario	
Número de Teléfono		Correo Electrónico(s)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
- La revisión no puede comenzar hasta que se hayan presentado los planos completos y las hojas de especificaciones y se haya pagado la tarifa de revisión del plan. <u>La presentación de planes o solicitudes incompletas puede retrasar el proceso de revisión del plan.</u> - Es posible que el pago de la tarifa de revisión del plan inicial no cubra todo el tiempo de revisión del plan. Las horas adicionales se facturarán según la tarifa por hora vigente. El cuadro de tarifas se puede consultar en: http://www.countyofmerced.com/eh Se requiere la aprobación de planos y especificaciones antes de comenzar la construcción o remodelación. - Cualquier desviación de los planes aprobados sin la aprobación previa de la División de Salud Ambiental del Condado de Merced (MCDEH) puede retrasar o impedir la apertura oportuna de este establecimiento de alimentos y puede requerir que se presenten planes "tal como están contruidos" antes de que el proyecto pueda "finalizarse". - La inspección debe programarse con al menos 5 días hábiles de anticipación. - Yo, _____, certifico que he leído las condiciones anteriores y que la información contenida en este cuestionario es correcta a mi leal saber y entender.			
Firma: _____		Fecha: _____	
Sólo para uso de oficina:		FA	SR



**DEPARTAMENTO DE DESARROLLO
ECONÓMICO Y COMMUNITARIO**
División de Salud Ambiental

2222 "M" Street
Merced, CA 95340
(209) 381-1100
(209) 384-1593 (FAX)
<http://www.countyofmerced.com/eh>
Empleador de Igualdad de Oportunidades

Solicitud y Cuestionario de Revisión del Plan de Instalación de Comida

Menú			
Incluye un <u>menú completo</u> de <u>todas las comidas y bebidas</u> que se guardarán o servirán en este establecimiento de comida. Un mercado puede agrupar comidas y/o servicios preenvasados en categorías.			
- La preparación/fabricación de productos lácteos (incluido el helado suave) y/o productos de carne puede requerir una revisión por parte del Departamento de Alimentación y Agricultura de California. - Los procesos especiales pueden requerir revisión por parte del Departamento de Salud Pública de California. - El Proceso de Conservar - Embotellado de Jugo - Embotellado de otros productos			
Cubiertos / Vajilla			
☐ Desechable ☐ Reutilizable ☐ N/A (solo mercados)			
Instalación Permanente de Comida ☐ N/A (salta esta parte)			
☐ Instalación de Comida Satélite ☐ Barra al Aire Libre ☐ Barbacoa ☐ Horno de Leña al Aire Libre			
☐ Equipos de Limpieza in Situ ☐ Restaurante que Admite Mascotas ☐ Matanza en el Sitio			
Servicio de Comisaría ☐ N/A (salta esta parte)			
Pies cuadrados de almacenamiento refrigerado dedicado para la comisaría.		_____ Pies cuadrados	
Pies cuadrados de almacenamiento exclusivo en el congelador para la comisaría		_____ Pies cuadrados	
Pies cuadrados de almacenamiento seco dedicado para la comisaría		_____ Pies cuadrados	
Indicar en planos la ruta de acceso a la conexión de alcantarillado y agua.		_____ Número de Página	
Instalación Móvil de Comida: ☐ N/A (salta esta parte)			
☐ Sitio de Operación Único (varios carros) ☐ Tener Lavabos Auxiliares			
☐ Operación Móvil Compacta de Comida; indicar el número de plan preaprobado (si corresponde) SR _____			
Fuente de Agua (Instalación Permanente de Comida solamente)			
☐ Sistema de Agua Público/Municipal; Proporcione el nombre de la empresa de agua:			
☐ Pozo Privado			
Tipo de Alcantarillado (Instalación Permanente de Comida solamente)			
☐ Alcantarillado Público/Municipal; Proporcione el nombre de la empresa de agua:			
☐ Sistema Séptico			
Residuo Orgánico (SB1383 Requisitos de CalRecycle)			
Si su instalación cumple con el nivel 1 o 2 como se define en CCR14 Sección 18991.3 , indique en los planos el espacio reservado para la recuperación de comida y/o el espacio designado para almacenar contenedores de abono.			
Página(s) del espacio de recuperación de comida _____ Pagina(s) del Contenedores de Abono _____			
Sólo para uso de oficina: Check submitted forms ☐ Plans ☐ Spec Sheets ☐ Data Entry Form			
FA:	SR:	AR:	IN:
Date of Payment:	Date of complete submission:	Due Date:	Application reviewed by: