

FECHA: _____

CUENTA # _____



**CITY OF
LANCASTER**

**CIUDAD DE LANCASTER
OFICINA DE SALUD**

El capítulo 46 del Código Alimentario, las normas y los reglamentos del Departamento de Agricultura de Pennsylvania emitidos en virtud de la Ley del 23 de mayo de 1945, P.L. 926 (Ley 369) y la Ley 70 del 7 de julio de 1994, exigen que los planos y las especificaciones debidamente preparados para la construcción, la remodelación o la alteración de un establecimiento de venta de alimentos al por menor se presenten y sean aprobados por el Departamento antes de que se puedan preparar, servir y vender alimentos.

**POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN Y ENVÍELA A LA DIVISIÓN DE SALUD
UBICADA EN 120 NORTH DUKE STREET, P.O. BOX 1599, LANCASTER, PA 17608-1599**

POR FAVOR, ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE TODA LA INFORMACIÓN

SECCIÓN 1 (COMPLETAR Y PASAR A LA SECCIÓN 2)

OBJETIVO DE LA REVISIÓN DEL PLAN

SOLICITUD DE: LICENCIA PERMANENTE NEGOCIO DE CATERING UBICACIÓN DE LA COCINA

ESTA INSTALACIÓN ES UNA: Estructura permanente Eventos temporales: Unidad no tirada

POR FAVOR, SELECCIONE CUALQUIERA QUE CORRESPONDA:

NUEVO CENTRO DE ALIMENTOS CAMBIO DE PROPIEDAD DE UNA INSTALACIÓN EXISTENTE

Remodelación de una instalación existente Cambio de tipo de alimento o de funcionamiento de un establecimiento alimentario existente

Cambio de nombre del negocio

Otros, Describa _____

SECCIÓN 2 (COMPLETAR Y PASAR A LA SECCIÓN 3)

INFORMACIÓN DE LAS INSTALACIONES

NOMBRE DEL NEGOCIO _____

DIRECCIÓN DEL NEGOCIO _____

NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CONDADO

MUNICIPIO/BARRIO/CIUDAD

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE CELULAR O NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO

****TODOS LOS CAMBIOS O ACTUALIZACIONES DEBEN SER COMUNICADOS A SU OFICINA LOCAL DE SALUD EN EL PLAZO DE UNA SEMANA. ****

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA DE LA ANTERIOR):

NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO
POSTAL

PROPIETARIO DEL NEGOCIO, EMPRESA O NOMBRE CORPORATIVO _____

NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO
POSTAL

FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA INSTALACIÓN

POR FAVOR, ESCRIBA SU NOMBRE COMPLETO

SECCIÓN 3: (Si se trata de un cambio de propiedad de una instalación existente SÓLO en la sección 1, omita esta sección y pase a la sección 5. Si se trata de una remodelación SÓLO en la sección 1, firme los planos adjuntos y pase a la sección 5. Todos los demás firman, adjuntan los planos y pasan a la sección 4)

PLANO DE PLANTA DE LAS INSTALACIONES Y LISTA DE EQUIPOS

Todas las instalaciones, excepto las de SÓLO cambio de propiedad de una instalación existente, deben presentar una copia de un plano de la instalación. Este plan debe incluir la distribución básica del establecimiento, la ubicación de todos los equipos de servicio de alimentos, un listado de los equipos (incluyendo los nombres de los fabricantes y los números de los modelos), la ubicación de las conexiones de agua y alcantarillado, la ubicación y los accesorios de los baños, los horarios de iluminación, los materiales de la superficie o del acabado de los pisos, las paredes y techo, y el plano del sitio que muestre las estructuras exteriores del edificio (incluyendo las áreas de almacenamiento, los receptáculos de basura, las unidades de refrigeración externas, etc.) La normativa de la Mancomunidad prohíbe el uso de tuberías, soldaduras y accesorios de plomo en los sistemas de agua potable después del 6 de enero de 1991. El Departamento ha proporcionado una guía para ayudarle a cumplir con esta sección de la solicitud.

He adjuntado a esta solicitud el correspondiente plano de diseño Y la lista de equipos.

Firma del solicitante

TODAS LAS INSTALACIONES AMBULANTES DEBEN PRESENTAR UN PLANO DE PLANTA Y UNA LISTA DE EQUIPOS

SECCIÓN 4 (COMPLETAR Y PASAR A LA SECCIÓN 5)

AGUA, ALCANTARILLADO, INFORMACIÓN SOBRE RESIDUOS

AGUA: La instalación está en, o utilizará: (Marque lo que corresponda)

- Un suministro de agua público/municipal. Proveedor:
- Un suministro de agua no público / no municipal / privado (ejemplo: agua de pozo). Estos suministros de agua deben ser aprobados por el DEP, Departamento de Protección del Medio Ambiente (717-783-2300). Se debe presentar documentación escrita. Una prueba de agua actual debe ser proporcionada.
- Varios suministros de agua porque es una unidad ambulante.

Se adjunta una prueba de agua actual y/o entiendo que es mi responsabilidad utilizar SÓLO suministros de agua aprobados y probados si es ambulante.

Firma del solicitante

ALCANTARILLADO: La instalación está sobre: (Marque la que corresponda)

Un sistema municipal / público de drenaje de aguas residuales.
Nombre de la autoridad de drenaje: _____

Un sistema de drenaje de aguas residuales no público. Para los sistemas de drenaje de aguas residuales en la parcela (es decir, montículos de arena, tanques de retención), documentación escrita de un funcionario certificado en materia de drenaje que declare que el sistema de drenaje funciona de manera legal y sin violaciones aparentes es necesaria. Esta autorización no se aplica si la instalación está conectada a un suministro municipal autorizado, como se indica más arriba.

He adjuntado la documentación escrita de mi sistema de drenaje de aguas residuales en la parcela.

Firma del solicitante

Tanques de retención de drenaje/residuos apropiados que se eliminarán **ÚNICAMENTE** en lugares de drenaje de aguas residuales autorizados.

RECHAZAR: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE TOTALMENTE)

El recolector de residuos de la instalación alimentarias es _____ (Nombre del negocio)

Enumere cualquier otra empresa de recolección de basuras o residuos utilizada (por ejemplo, recogida de grasas)

 Esta instalación es una unidad ambulante y utilizará un sitio aprobado para la eliminación de residuos, desechos y grasas. Proporcionar documentación sobre la eliminación de residuos y grasas.

SECCIÓN 5 (COMPLETE Y PASE A LA SECCIÓN 6. SI SE TRATA DE SÓLO UNA REMODELACIÓN EN LA SECCIÓN 1, LA INFORMACIÓN SOBRE EL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS NO ES NECESARIA)

**ZONIFICACIÓN Y OTROS CÓDIGOS
(EDIFICIO / FONTANERÍA / MECÁNICA / INCENDIOS)**

(La firma es necesaria para confirmar la conformidad de los requisitos correspondientes).

La instalación está conforme con los requisitos de la zonificación local. **Instalaciones en casa para la venta al por menor** (sólo las permitidas por el Departamento) **deben adjuntar la documentación escrita** de su municipio en la que conste que se puede llevar a cabo un negocio de tipo alimentario desde casa.

***Todos los solicitantes deben adjuntar un Certificado de Conformidad/Cumplimiento de Zonificación.**

La instalación está conforme con **todos los** requisitos del código de edificación (electricidad, fontanería, ventilación, estructura, etc.). ***Un certificado de Ocupación es requerido por la Oficina de Conformidad de Normas e Inspecciones.**

Se ha obtenido o solicitado una licencia para recaudar el impuesto sobre las ventas. Para obtener información sobre la solicitud de una licencia de impuesto sobre las ventas, póngase en contacto con el Departamento de Hacienda de Pennsylvania- (717) 787-8201. Se adjunta a esta solicitud una copia de la licencia del impuesto sobre las ventas o una prueba de su aplicación.

Certifico que el establecimiento está conforme con los requisitos verificados anteriormente y que se adjunta toda la documentación justificativa requerida.

Firma del solicitante

SECCIÓN 6 (COMPLETAR Y PASAR A LA SECCIÓN 7)

CONSTRUCCIÓN

Cambio de equipo Construcción menor Construcción mayor o nueva

Describa brevemente la construcción o el cambio y el plazo previsto para el inicio y la finalización:

SECCIÓN 7 (COMPLETAR Y PASAR A LA SECCIÓN 8)

**INFORMACIÓN SOBRE LA COCINA COMERCIAL
INSTALACIONES DONDE SE PREPARAN/ALMACENAN LOS ALIMENTOS**

Adjuntar carta de autorización/aceptación del propietario de la cocina comercial

NOMBRE DE LA COCINA COMERCIAL _____

DIRECCIÓN DE LA COCINA COMERCIAL _____

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CONDADO

MUNICIPIO/BARRIO/CIUDAD

(_____)
NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE CELULAR O TELÉFONO ALTERNATIVO.

DÍAS DE FUNCIONAMIENTO Y HORARIO *(marque los días que correspondan y el tiempo completo de apertura de la instalación)*

Lunes Hora _____ a _____
 Martes Hora _____ a _____
 Miércoles Hora _____ a _____
 Jueves Hora _____ a _____

Viernes Hora _____ a _____
 Sábado Hora _____ a _____
 Domingo Hora _____ a _____

TIPO DE SERVICIO *(marque todo lo que corresponda) ****

Tienda de comestibles al por menor

Tienda de comestibles al por menor/de fecha vencida o recuperados

Residencial (sin matrícula)

Servicios de comida servida

Servicios de comida para llevar

Puesto del mercado agrícola

Iglesia

Catering

Escuela

Campamento organizado

Bar/Club

Hospital

Procesador de alimentos para el hogar

Guardería

Provisional Instalaciones en eventos/festivales

Otros - Describa: _____

SECCIÓN 8 (COMPLETE Y PASE A LA SECCIÓN 9)

APERTURA DE LA INSTALACIÓN

Fecha prevista de apertura y/o liquidación de la propiedad de la instalación y/o remodelación finalizada:

Fecha

SECCIÓN 9 (COMPLETA)

Esta solicitud, junto con los planos de la planta y cualquier otro material solicitado, según lo indicado anteriormente, debe **presentarse en la Oficina de Salud local.**

Al firmar esta solicitud, usted confirma que toda la información es exacta y verdadera. El hecho de no suministrar toda la información solicitada puede dar lugar a un retraso en la concesión de la licencia a su instalación.

Por favor, espere dos (2) semanas para la tramitación de la revisión de su plan a partir de la fecha de envío.

Firma, Título

Fecha

*****SI VENDE SU NEGOCIO O CAMBIA EL NOMBRE,
DEBE NOTIFICAR A LA OFICINA DE SALUD*****

**JEFE DE LA OFICINA DE SALUD, CRAIG WALT: 717-291-4714
SECRETARIA DE SANIDAD, TYRESA BAILEY: 717-291-4824**

RELLENAR Y FIRMAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE

NOMBRE DEL NEGOCIO: _____

NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN DE EMPLEO DEL NEGOCIO: _____

PROPIETARIO ÚNICO [SOLE PROPRIETOR] (PERSONA PARTICULAR)

Firma - Socio general

Escriba su nombre de forma legible

Fecha

SOCIEDAD

Firma - Socio general

Escriba su nombre de forma legible

Fecha

SOCIEDAD LIMITADA

Firma - Socio general

Escriba su nombre de forma legible

Fecha

CORPORACIÓN O ASOCIACIÓN/ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO:

Nombre de la corporación o entidad sin ánimo de lucro

Firma del Presidente / Vicepresidente (marque uno)

Fecha

Escriba su nombre de forma legible

Firma del Secretario / Tesorero (marque uno)

Fecha

Escriba su nombre de forma legible

SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC):

Nombre de la corporación

Firma - Miembro

Fecha

Firma - Miembro

Fecha

Escriba su nombre de forma legible

Escriba su nombre de forma legible



SOLICITUD
LICENCIA PARA COMER Y BEBER EN PÚBLICO/ALQUILER/DISTRIBUCIÓN
OFICINA DE SALUD

120 NORTH DUKE STREET, P.O. BOX 1599, LANCASTER, PA 17608-1599
TELÉFONO: (717) 291-4824 FAX: (717) 291-4827

NOMBRE DEL NEGOCIO: TEL. DEL PROPIETARIO:

Dirección del establecimiento:

Nombre del propietario:

Dirección de la oficina o del domicilio:

CÁLCULO DE LA TARIFAS

E&D: Número de empleados a tiempo completo, incluidos los propietarios,
que trabajan en el lugar: Tarifa \$

Venta al por menor de carne, productos cármicos, aves de corral, mariscos:
Ventas brutas anuales estimadas: Tarifa \$

Postre congelado: Tarifa \$

Leche/Productos lácteos: Tarifa \$

Licencia e inspección inicial: (\$100.00) Tarifa \$

TARIFAS TOTALES \$

Afirmo que la información, según mi conocimiento, es verdadera y correcta.

Firma del solicitante

Corporación/Sociedad:

Oficial(es): Nombre: Teléfono:

Dirección:

Nombre: Teléfono:

Dirección:

Nombre: Teléfono:

Dirección:

Número de licencia del Departamento de Agricultura: LCB #:

Certificación de seguridad alimentaria Sí No Fecha de finalización:

se compromete a cumplir con todos los requisitos de seguridad pública, salud
y los códigos aplicables relacionados con este establecimiento.

Fecha de la firma: Licencia temporal: Licencia permanente e intransferible:

SÓLO PARA USO OFICIAL

- TIPO DE LICENCIA DE LA CIUDAD:**
1. E & D
 2. Venta al por menor para REGISTRO de la tienda
 3. REGISTRO al por mayor

ESTADO DE LA LICENCIA: EXENTO DE REG TEMPORAL
NORMA DE REVISIÓN PERMANENTE
AMBULANTE TFF CON LICENCIA PERMANENTE

APROBACIÓN

PLANES APROBADOS, FECHA _____ **PLANES DENEGADOS, FECHA:** _____

Motivos de la denegación:

REVISIÓN DEL FUNCIONARIO DE SANIDAD: _____

ARCHIVO # _____

FECHA: _____

**SOLICITUD DE CONFORMIDAD CON LA ZONIFICACIÓN
Ciudad de Lancaster, Pennsylvania**

120 North Duke Street • P.O. Box 1599 • Lancaster, Pennsylvania 17608-1599
Teléfono (717) 291-4736 - Fax (717) 291-4721

SOLICITANTE

Nombre: _____

Dirección postal de la casa: _____

de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____

PROPIEDAD

Dirección de la propiedad: _____

Distrito de zonificación: _____ HARB: Sí ___ No ___ Revisión del diseño: Sí ___ No ___

Nombre del propietario: _____

Dirección del propietario: _____

DESCRIPCIÓN DEL USO

Categoría de uso: _____

Tipo de producto/servicio: _____

Pies cuadrados de uso/espacio: _____

Uso anterior: _____

Yo, _____, el abajo firmante, certifico que la información que he proporcionado para esta Solicitud de Conformidad con la Zonificación es verdadera y correcta. Además, me comprometo a cumplir con todos los términos y condiciones aplicables de los Códigos y Aprobaciones de la Ciudad.

Solicitante/Agente autorizado

Fecha

SÓLO PARA USO OFICIAL

Conformidad de la zonificación ___ Ocupación doméstica sin impacto ___ Ocupación doméstica general ___

Recurso de la Junta de Audiencia de Zonificación nº _____ Tarifa \$50 _____

Aprobado: _____ Fecha: _____