



FECHA:

ACCT #:

CIUDAD DE LANCASTER
DIVISIÓN DE SALUD

SOLICITUD PARA LA UNIDAD MÓVIL HALADA

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 los alimentos puedan ser preparados, servidos y vendidos.

POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN Y ENVÍELA A LA DIVISIÓN DE SALUD JUNTO CON FOTOS DE LA UNIDAD SOLICITADA (TANTO DEL INTERIOR COMO DEL EXTERIOR) 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)

SOLICITUD DE: Licencia Permanente

ESTA INSTALACIÓN ES: [] Unidad móvil halada

POR FAVOR, SELECCIONE CUALQUIERA QUE CORRESPONDA:

- [] Nueva unidad móvil halada
[] Remodelación de unidad móvil existente
[] Cambio de nombre del negocio
[] Otros, Describa
[] Cambio de titularidad de unidad móvil existente
[] Cambio de tipo de alimentación o funcionamiento de unidad móvil existente

SECCIÓN 2 (COMPLETAR Y PASAR A LA SECCIÓN 3)
INFORMACIÓN COMERCIAL

NOMBRE(S) DEL PROPIETARIO DE LA EMPRESA
(Si hay más de un propietario, adjunte una hoja con la información de contacto de cada propietario/socio)

NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO ()

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL ()

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL NEGOCIO

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

NOMBRE DE LA COCINA COMERCIAL _____

DIRECCIÓN DE LA COCINA COMERCIAL _____

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 MÓVIL O TELÉFONO ALTERNATIVO

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA DE LA ANTERIOR):

NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA INSTALACIÓN _____

NOMBRE (A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

SECCIÓN 3 (LEER Y FIRMAR, Y PASAR A LA SECCIÓN 4)

DISEÑO DE LA UNIDAD MÓVIL HALADA Y LISTA DE EQUIPOS

Este plano debe incluir la disposición básica de la unidad móvil halada, 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, los materiales de la superficie o del acabado de los suelos, las paredes y los techos. 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

SECCIÓN 4 (COMPLETAR Y PASAR A LA SECCIÓN 5)

AGUA, ALCANTARILLADO, INFORMACIÓN SOBRE RESIDUOS

AGUA: La instalación utilizará: (Marque la 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 Ambiental (717-783-2300). Se debe presentar documentación escrita. Se debe presentar una prueba de agua actual.
- Varios suministros de agua porque es una unidad móvil.

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

Firma del solicitante

ALCANTARILLADO: La instalación utilizará: (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. En el caso de los sistemas de drenaje de aguas residuales en la parcela, se requiere la documentación escrita de un funcionario certificado en materia de drenaje que declare que el sistema de drenaje funciona de forma legal y sin infracciones aparentes. Esta aprobación no se aplica si la instalación está conectada a un suministro municipal aprobado, 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 aguas de drenaje/residuales apropiados que se eliminarán únicamente en sitios de eliminación de aguas de drenaje autorizados.

DESECHOS: (Marque todo lo que corresponda y complete totalmente)

- El recolector de desechos de la instalación alimentarias es _____ (Nombre del negocio)
- Enumere cualquier otra empresa de recolección de desechos o residuos utilizada (por ejemplo, recogida de grasas)

SECCIÓN 5 (COMPLETE Y PASE A LA SECCIÓN 6. SI SÓLO LISTÓ REMODELACIÓN EN LA SECCIÓN 1, LA INFORMACIÓN DE IMPUESTO SOBRE LA VENTA NO ES NECESARIA)

**CÓDIGOS DE ZONIFICACIÓN Y OTROS
(EDIFICIO / TUBERÍAS / MECÁNICA / INCENDIOS)**

(La firma es necesaria para ratificar la conformidad con los requisitos correspondientes)

- El uso previsto es conforme a los requisitos de zonificación de la Ciudad. Los **establecimientos de venta al por menor desde el hogar** (sólo los permitidos por el Departamento) deben adjuntar **documentación escrita** de su municipio en la que se indique que se puede llevar a cabo un negocio de tipo alimentario desde el hogar. ***Todos los solicitantes deben adjuntar un Certificado de Conformidad/Cumplimiento de Zonificación.**
- Se ha obtenido o solicitado una licencia para recaudar el impuesto sobre la venta. Para obtener información sobre cómo solicitar una licencia de impuesto sobre la venta, 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 la venta o una prueba de su aplicación.
- Se programó una cita con el capitán de los Bomberos locales para la unidad móvil halada. Fecha: _____

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)

INFORMACIÓN SOBRE EL SERVICIO DE LA UNIDAD MÓVIL HALADA

DÍAS DE FUNCIONAMIENTO Y HORARIO (Marque los días que correspondan y el horario completo de apertura de la instalación)

- | | | | |
|------------------------------------|------------|----------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Lunes | Hora _____ | <input type="checkbox"/> Viernes | Hora _____ |
| <input type="checkbox"/> Martes | Hora _____ | <input type="checkbox"/> Sábado | Hora _____ |
| <input type="checkbox"/> Miércoles | Hora _____ | <input type="checkbox"/> Domingo | Hora _____ |
| <input type="checkbox"/> Jueves | Hora _____ | | |

Si se pretende operar en una ruta u horario predeterminado, proporcione una descripción y un mapa de la ruta propuesta de la unidad de comida móvil, o las ubicaciones y horarios regularmente programados en los que la unidad de comida móvil estará en cada ubicación.

TIPO DE MENÚ (marque el que corresponda)

- Menú de servicio completo ****adjuntar menú**
- Menú limitado ****adjuntar menú**
- Productos alimenticios específicos. Liste los productos: _____

¿Piensa servir algún alimento poco cocinado o crudo? Liste los productos: _____

¿Tiene o ha solicitado una licencia para vender bebidas alcohólicas? Sí No

INFORMACIÓN DE EMPLEADOS

_____ # Número de empleados previstos. ¿Tiene la intención de que todos los empleados de la unidad de comida obtengan el certificado de seguridad alimentaria? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, indique los nombres y proporcione copias de los certificados _____ -

Si es **NO**, ¿habrá al menos un empleado con certificado de seguridad alimentaria en la unidad de comida móvil en todo momento?

Sí No

Si es **NO**, dispondrá de 90 días a partir de la fecha de expedición de su licencia/registro para hacer los arreglos necesarios para enviar a un empleado de nivel de supervisión al entrenamiento. Visite el sitio web del Estado en www.agriculture.state.pa.us para obtener una lista de cursos aprobados.

¿Tiene una política de salud para los empleados? Sí No

(Una política de salud para los empleados establece cómo tratar a los empleados enfermos, véase la Sección 46.111 a 46.115 del Código Alimentario para su aclaración).

Si la respuesta es **NO**, antes de la apertura **debe** establecer una política de salud para los empleados, ya sea por escrito o verbalmente, y presentarla a cada empleado del establecimiento.

SECCIÓN 7 (COMPLETE Y PASE A LA SECCIÓN 8)

APERTURA DE LA INSTALACIÓN

Fecha prevista de inicio de las operaciones de la unidad de comida móvil en la Ciudad: _____

Fecha

SECCIÓN 8 (COMPLETAR Y PASAR A LA SECCIÓN 9)

SEGURO

Se requiere un certificado de póliza de seguro que proporcione responsabilidad civil general de no menos de \$350,000 por incidente, que incluya a la Ciudad de Lancaster como asegurado adicional. El permiso para la unidad de comida se emitirá sólo por el período de tiempo explícito cubierto por las fechas efectivas de la póliza de seguro de responsabilidad civil general. La solicitud debe incluir una copia del Certificado de la Póliza de Seguro que enumere las coberturas de seguro proporcionadas y a la Ciudad como un asegurado adicional, o el Certificado debe ser proporcionado antes de la recepción de la licencia de salud requerida y el permiso de la unidad de comida móvil.

SECCIÓN 9 (LEER, FIRMAR Y FECHAR)

Esta solicitud, junto con el diseño/plano de la unidad de comida móvil, el plan de negocios (requerido para cualquier nuevo negocio de unidad halada de comida móvil que desee operar dentro de los límites de la Ciudad) y cualquier otro material solicitado, como se indica anteriormente, deben ser presentados **a un oficial de salud de la Ciudad de Lancaster.**

Al firmar esta solicitud, usted ratifica 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 hasta 60 días para la tramitación de su solicitud a partir de la fecha del marcaje del sello.

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 DE IDENTIFICACIÓN FEDERAL DE EMPLEO DEL NEGOCIO: _____

PROPIETARIO ÚNICO (PERSONA PARTICULAR)

Firma - Socio general

Escriba su nombre de forma legible

Fecha

SOCIEDAD **SOCIEDAD LIMITADA**

Firma - Socio general

Firma - Socio general

Escriba su nombre de forma legible

Escriba su nombre de forma legible

Fecha

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

SÓLO PARA USO OFICIAL

APROBACIONES:

LA UNIDAD HALADA DE COMIDA MÓVIL HA PASADO TODAS LAS INSPECCIONES NECESARIAS REQUERIDAS POR EL ESTADO DE PENNSYLVANIA, FECHA _____

DISEÑO INTERIOR APROBADO, FECHA _____

DISEÑO INTERIOR DENEGADO, FECHA _____

Motivos de la denegación:

LA UNIDAD HALADA DE COMIDA MÓVIL HA PASADO TODAS LAS INSPECCIONES REQUERIDAS POR LA CIUDAD DE LANCASTER INCLUYENDO A LOS OFICIALES DE BOMBEROS,

FECHA _____

PERMISO DE UNIDAD HALADA DE COMIDA MÓVIL APROBADO, FECHA _____

PERMISO UNIDAD HALADA DE COMIDA MÓVIL DENEGADO, FECHA _____

Motivos de la denegación:

LICENCIA APROBADA, FECHA _____

LICENCIA DENEGADA, FECHA _____

Motivos de la denegación:

FUNCIONARIO DE SALUD QUE APRUEBA/DENIEGA: _____

HOJA DE APROBACIÓN DE UNIDAD HALADA DE COMIDA MÓVIL

Nombre de la unidad de comida móvil: _____

Craig Walt

Aprueba

Deniega

Firma

Fecha

Chris Delfs

Aprueba

Deniega

Firma

Fecha

Motivos para la denegación: _____

Condiciones para aprobación: _____

