



Yakima Health District

1210 Ahtanum Ridge Drive
 Union Gap, Washington 98903
 Phone (509) 575-4040
 Fax (509) 575-7894
<http://www.yakimapublichealth.org>

For Office Use:	
Date _____	Initial _____
Amt _____	Check# _____
Code _____	Rec# _____
Renewal Month _____	
Hazard Level _____	
Facility Type _____	

FOOD LICENSE APPLICATION
 (SOLICITUD PARA SERVIR ALIMENTOS)

All questions must be answered completely for this application to be processed (renewals included).

(Para poder procesar esta solicitud debe contestar todas las preguntas aunque solo este renovando su permiso.)

This application is for (check one): New Level 1 License (Nueva Licencia – Nivel 1) _____ Renewal License (Una Licencia renovada) _____
 Esta solicitud es para (marque uno): Catering Endorsement (Surtidor de banquetes y fiestas) _____ Replace lost license (Copia de Licencia perdida) _____

Business Name (Do not use Corporation name here.) (Nombre del Negocio (No utilice el nombre de la corporación aqui))

Business Address (Domicilio del Negocio) _____ City (Ciudad) _____

Zip (Zona Postal) _____ Business Phone (Teléfono del Negocio) _____

Property Tax Parcel # (Registro de la Propiedad #) _____

Business Owner's Legal Name or Corporation Name (Nombre del dueño del negocio o nombre de la corporación)

Local Mailing Address (Domicilio local para enviarle cartas) _____ City (Ciudad) _____

Zip (Zona Postal) _____ Owner's Phone (Teléfono del dueño) _____

Name of Contact Person (if Corp.) (Nombre del encargado(a) (Sí es una corporación.)) _____

Contact E-Mail Address (Correo Electrónico) _____

Corporate Billing Address (Domicilio de la Corporación) _____ City (Ciudad) _____

Zip (Zona Postal) _____

Previous Name of Business (if changed) (Nombre previo del negocio (sí ha cambiado))

What type of Food Service Establishment are you applying for? (¿Que tipo de servicio de alimento tiene?) e.g. a restaurant with a lounge or a grocery with meat cutting. (Por ejemplo, un restaurante con una cantina o una tienda de alimentos con una carnicería.):

Business Hours and Days open: (Horarios y días Abierto):

Mon/Lunes	Tues/Martes	Wed/Miércoles	Thurs/Jueves	Fri/Viernes	Sat/Sábado	Sun/Domingo

Over - complete back of form (Complete el otro lado también)

Sewage Disposal: (¿Adónde tira la agua sucia?): Municipal (Drenaje público) _____ Septic tank/drainfield (Sistema de fosa séptica) _____
Other (specify) (Otro (especifique)) _____

Garbage Disposal: (¿Adónde tira la basura?): Municipal (Basurero Municipal) _____ Commercial (name) (Comercial (nombre)) _____
Other (specify) (Otro (especifique)) _____

Water Source: (¿De donde se surte de agua?): Municipal (Agua de la Ciudad) _____ Well (Pozo (Noria)) _____
Community well (State ID#) (Pozo de la comunidad (Identificación del estado #)) _____
Other (specify) (Otro (especifique)) _____

If Mobile, Complete this section: (Si es móvil, llena este parte):

Food Preparation Site: (¿Dónde va ha preparar alimentos?): Mobile Unit (Unidad Móvil) _____ Commissary (Base de operación (cocina fija con licencia)) _____
Other (specify) (Otro (especifique)) _____

Address of food preparation (Domicilio donde va ha preparar alimentos) _____

List the Addresses of All Parking Locations: (attach a map showing all parking locations) (Domicilios de todos los lugares donde va ha estacionar la
unidad móvil para vender: (Entregue también un mapa de todos estos lugares:)) _____

Mobile Vendors License Plate (state where issued and number) (Número de Placas de la unidad móvil (estado y número)) _____

NOTE: PROOF OF L & I INSPECTION AND APPROVAL FOR ALL MOBILE FOOD VENDORS IS MANENTORY BEFORE A
LICENSE WILL BE ISSUED.
(NOTA: TODOS LOS DUEÑOS DE UNIDADES MOVILES NECESITAN COMPROVAR AL DISTRITO DE SALUD DE YAKIMA QUE EL DEPARTAMENTO DE LABORES E
INDUSTRIAS INSPECIÓN Y APROVÓ SU UNIDAD MOVIL ANTES DE QUE SE LES CONCEDA SU LICENCIA.)

If this business is sold to a new owner, seller must notify the Yakima Health District to avoid future liability under this license agreement. The license will be issued to the above named business, location, owner and is by law NON TRANSFERABLE. All PERSONS or entities operating under this license are subject to all requirements imposed on this license agreement, including any delinquencies from past operation. Prior to sale of this business, the new owner must contact the Yakima Health District and abide by all reissuing and renewing requirements set forth by the Yakima Health District.

(La licencia será emitida con el nombre del negocio, domicilio, y nombre del dueño mencionados en esta solicitud y por ley NO ES TRANSFERIBLE. Si este negocio se vende, el vendedor necesita notificar al Distrito de Salud de Yakima para evitar cualquier responsabilidad con relación a esta licencia. TODAS LAS PERSONAS o entidades bajo esta licencia estarán sujetas a todos los requisitos de esta licencia. El comprador necesita ponerse en contacto con el Distrito de Salud de Yakima antes de comprar y enterarse de todos los requisitos se le van a pedir antes de otorgarle una nueva licencia. Estos requisitos pueden incluir CORREGIR deficiencias en las instalaciones existentes.)

**PLEASE NOTIFY THE YAKIMA HEALTH DISTRICT IMMEDIATELY
IF ANY OF THE ABOVE CONDITIONS CHANGE.
(SI CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS CAMBIAN
POR FAVOR NOTIFIQUE AL DISTRITO DE SALUD DE YAKIMA INMEDIATAMENTE.)**

I hereby make application with the Yakima Health District and agree to comply with all laws, ordinances, and amendments thereto, now in effect or which may be adopted by the District Board of Health of the Yakima Health District and the Washington State Board of Health pertaining to public food establishments during the effective period of this license, WAC 246-215. The above information, supplied by me, is true to the best of my knowledge.

(Por este medio solicito con el Distrito de Salud de Yakima y prometo cumplir con todas las leyes, ordenes, y enmiendas ahora en efecto o que puedan ser adoptas por el "District Board of Health" del Distrito de Salud de Yakima y el "Washington State Board of Health", en relación con los establecimientos que sirven alimentos al público, durante el período activo de esta licencia, WAC 246-215. La información que yo escribí arriba es verdad, hasta donde yo sé.)

Signature of Applicant (Firma del Solicitante) _____ Date (Fecha) _____