



Departamento de Salud del Condado de St. Joseph

Solicitud de Permiso Temporal de Alimentos

ST. JOSEPH COUNTY
DEPARTMENT OF HEALTH
Prevent. Promote. Protect.

Las solicitudes temporales deberán ser presentadas y recibidas por el Departamento de Salud por lo menos **siete (7) días** antes del evento. La aplicación debe ser

completado en su totalidad. No se emitirán permisos si la información requerida está incompleta.

Información del Proveedor

Fecha de solicitud: _____ 20 ____ Nombre del proveedor: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona de contacto: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Gerente certificado de protección de alimentos: _____

Copia del certificado proporcionado Y ____ N ____

Persona Responsable del Evento: _____

De acuerdo con 410-IAC 7-22, un establecimiento que prepara alimentos potencialmente peligrosos debe tener un Gerente Certificado en Protección de Alimentos. Ciertos alimentos preenvasados/de bajo riesgo o prefabricados pueden estar exentos.

La regla de certificación se puede encontrar en <http://www.in.gov/isdh/21062.htm>

Información del EVENTO

Nombre del evento: _____ Lugar del evento: _____

Fecha(s) del evento: _____ Horas del evento: _____

De conformidad con el Capítulo 117: Establecimientos de Alimentos del Condado de St. Joseph Sección 117:05, Subsección A: El incumplimiento de los requisitos del permiso por lo menos **siete (7) días antes del evento, resultará en que el establecimiento temporal de alimentos no pueda vender/regalar alimentos o muestras en el evento.**

El abajo firmante está solicitando un permiso temporal para operar un establecimiento temporal de servicio de alimentos de conformidad con los Requisitos de Saneamiento de Establecimientos de Alimentos Minoristas de ISDH en 410 IAC 7-24 y en el Capítulo 117 del Establecimientos de Alimentos del Condado de St. Joseph.

Si se le proporcionaron "Pautas temporales", firme a continuación indicando que ha leído y recibido esta información.

Nombre: _____ Fecha: _____

Información de la instalación (encierre en un círculo todo lo que corresponda a la operación)

Tipo de estructura (círculo): Remolque / Tienda / Caseta / Dentro del edificio
otro: _____

Tipo de fuente de agua (círculo): Tanque / Manguera de calidad alimentaria
otro: _____

Si está conectado al agua mediante una manguera, ¿tiene un Watts 9-D (dispositivo de reflujo): S N o N/A

Conexión eléctrica (círculo): Conexión a fuente directa / Generador GLP
otro: _____

Tipo de lavado de manos (círculo): Fregadero (lavabo) / Termo con grifo de flujo libre / Urna
otro: _____

Tipo de lavado de vajilla (círculo): Fregadero de 3 componentes / Tinas/baldes
otro: _____

Cómo se manejarán las aguas residuales (círculo): Conexión directa / Tanque de retención

Información del producto alimenticio:

Lista de alimentos que se ofrecen:

Lugar donde se preparan los alimentos:

Tarifas de Permisos Temporales	
Evento de un (1) día:	\$30.00
Evento de dos (2) días:	\$50.00
Evento de cuatro (4) a diez (10) días	\$130.00
Temporal Anual	\$375.00
Cargo por pago atrasado: un costo adicional del 100 % del permiso si el pago se realiza con menos de 7 días antes del evento	

En persona: envíe la solicitud completa con el pago (efectivo, Visa, MasterCard, Discover, cheque comercial, cheque de caja, cheque o giro postal (no se aceptan cheques personales) **antes de las 4:00 p. m.**

En línea: Visite nuestro sitio web en www.sjcindiana.com y en la página de Solicitudes de Permisos para Servicios de Alimentos, elija Solicitud de Alimentos Temporales con Pago en Línea en: <https://www.in.gov/localhealth/stjosephcounty/forms-and-permits/>

Las solicitudes y el pago pueden enviarse por correo al **St. Joseph County Department of Health, 227 West Jefferson Blvd. 9th Floor County City Building, South Bend, IN 46601.**

Si tiene alguna pregunta, llame al 574-235-9750.

Date Paid: _____	Sólo Para Uso de la Oficina	Employee Initial: _____
Transaction Number: _____	Permit issued	Y N
Amount Paid: _____	Late Fee: _____	Total Paid: _____