



Kearny Health Department
645 Kearny Avenue
Kearny, New Jersey 07032
Phone (201) 997-0600 • Fax (201) 997-9703
Website: <http://www.kearnynj.org>
Kenneth R. Pincus
Director/Health Officer

SOLICITUD DE LICENCIA

*****IMPORTANTE: Por favor, complete todo el formulario en inglés o no puede ser procesado*****

Por la presente hago solicitud para la licencia siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licencia de alimentos por menor anual - \$100.00 o \$200.00* | <input type="checkbox"/> Licencia de piscina - \$200.00 |
| <input type="checkbox"/> Vendedor de Comida temporal - \$20.00** | <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro establecimientos de comida \$20.00 |
| <input type="checkbox"/> Licencia máquina expendedora de alimentos - \$25.00 | <input type="checkbox"/> Tienda de mascotas - \$50.00 |
| <input type="checkbox"/> Licencia de vehículo móvil del alimento - \$250.00 | |

*\$100 para los establecimientos de alimentos por menor anual bajo 5.000 pies cuadrados o - \$200,00 para anual establecimientos de alimentos al menudeo 5.000 pies cuadrados o más.

**Una aplicación de proveedor de alimentos temporal debe recibirse no más tarde de cinco (5) días hábiles antes del evento (ver página 2).

Dueño de negocio:

Tenga en cuenta que toda licencia Expire anualmente el 30 de mayo.

Es la responsabilidad de cada dueño de negocio a ser consciente de los requerimientos de licencia y seguimiento en consecuencia. Todas las licencias Musa renovarse antes del 30 de junio del año licencia aplicable.

Nombre comercial y Dirección Comercial: _____

Información del establecimiento: Numero de teléfono: _____ **Numero de Fax #** _____

Dirección de correo electrónico (Requerido): _____

Propietario (s) Nombre y Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Numero de Licencia:** _____

Información del propietario: Numero de Teléfono (Casa) _____ **(Celular)** _____
(Fax) _____

Se entiende que dicha licencia es intransferible, no reembolsable y se concede por el periodo señalado en la licencia. Además, la licencia puede ser revocada en violación de los requisitos pertinentes de la Junta de salud o las leyes del estado de Nueva Jersey. Atestiguo que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

SOLICITANTE NOMBRE IMPRESO: _____

<p>USO DE OFICINA SOLAMENTE Signature of Inspector/Reviewed and Approved by: _____ Fee: _____ Late fee: _____ Cash/Check # _____ License # _____ Date issued: _____ Comments: _____</p>
--

ENCUESTA DE INFORMACIÓN VITAL

Nombre (s) y de la persona (s) que asistió al curso de formación de manipuladores de alimentos y fecha de certificación: (certificación de manejador de alimentos actual). Por favor incluya una copia. _____

Nombre, Dirección y Número de teléfono de los proveedores de servicios siguientes (si aplicable):

Exterminador: _____

Transportista Residuos Aceite de cocina: _____

Residuos sólidos (basura), Contratista: _____

Si procede, campana de ventilación contratista de limpieza: _____

***Este departamento deberá notificarse de cualquier cambio de aplicación, exterminador, propiedad, planes de renovación o cualquier interrupción de inundación, incendio o poder.

Recordatorio para todas las tiendas que vendan tabaco: venta a cualquier persona bajo la edad de 19 años de edad, está estrictamente prohibido y será reforzado. Puede recibir una citación y fino para la venta de tabaco a nadie menor de 19 años de edad.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ALIMENTOS TEMPORAL/MÓVIL

(Si aplicable)

Lugar del evento (s): _____ Fecha del evento (s) _____ Número de matrícula del vehículo: _____

Lista completa de alimentos o bebidas (por favor incluya un bosquejo de la planta del pie):

Ubicación donde se almacena la comida: _____ Lugar donde se compra alimentos: _____

Cuántos camiones o soportes usted operará? _____ Dónde se limpia el camión? _____

Los alimentos se prepararán (marque uno): En el sitio ___ -or- Ubicación comercial (especificar) _____

Mantendré los alimentos calientes por encima de 135 grados F por el siguiente método: _____

Mantendré comidas frías congeladas o inferiores a 41 grados F por el siguiente método: _____

Se aplicarán estrictamente las regulaciones siguientes: *Adherirse a continuación resultará en el rechazo de su licencia y corte convocatoria:*

- 1. Todas las disposiciones del Capítulo 24 N. J. Código Sanitario Estatal se cumplan.**
- 2. A ningún camión se le permitirá operar desde una ubicación fija o una zona congestionada. DEBEN VENDER Y MOVERSE ENCEGIDO!**
- 3. Ningún camión deberá funcionar a 200 metros de una tienda que vendan los mismos productos o productos similares.**
- 4. Todos los proveedores que parque sobre la propiedad privada debe obtener permiso por escrito del propietario y archivar una copia con el Departamento de salud de Kearny.**
- 5. Deberá cumplir con cualquier otro Estado o las ordenanzas locales relacionadas con su negocio.**