



1038 W. Ivy Ave · Moses Lake, WA 98837
(509) 766-7960

GRANT COUNTY HEALTH DISTRICT

FOOD ESTABLISHMENT COMMISSARY FORM (Attachment E of Plan Review packet)

APLICACIÓN DE COMISARIO DE SERVICIO DE COMIDA

Se requiere un comisario aprobado para todas las unidades móviles de comida y empresas de “catering”.

Por favor elija una de las siguientes opciones:

- I. **Instalaciones actualmente autorizadas** - un establecimiento actualmente aprobada por GCHD o otro jurisdicción de salud apropiada.
- II. **Comisario de preparación de alimentos*** - se puede utilizar para el almacenamiento, preparación, cocción y refrigeración de alimentos, lavamiento de verduras/frutas, lavado de platos y utensilios, almacenamiento de productos secos y otro equipo.
- III. **Comisario solo para almacenar*** - solo para utilizar para almacenar alimentos refrigerados, congelados, o no perecederos, productos secos y otro equipo. No se permite el manejo de cualquier alimento expuesto.

* Si el comisario propuesto no tiene licencia actualmente, complete una “Solicitud de establecimiento de alimentos”, además de este formulario, para aplicar una licencia de comisario. También se puede requerir una revisión del plan.

Por favor completa lo siguiente:

Nombre de establecimiento de comida que usara el comisario: _____

Nombre del comisario: _____

Dirección del comisario: _____

Propietario legal del comisario: _____

*Si usted no es el propietario, favor de incluir una carta de acuerdo del comisario firmada por los propietarios.

Teléfono del propietario # _____ Teléfono del comisario # _____

Horas semanales al comisario: _____

Enumere todo el equipo que se usa en el comisario (ejemplo: lavamanos, congelador, etc.):

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere las tareas realizadas en el comisario (ejemplo: picar la carne, lavar platos, etc.):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Habrà un baño previsto para los empleados en el comisario? SI NO

En caso sí, ¿tiene un lavabo con agua corriente fría y caliente, jabón y toallas de papel? SI NO

Firma del solicitante

Fecha

**** Por favor notifique al Distrito de Salud de inmediato si alguno de la información anterior se cambia ****