Eastern Idaho Public Health
Prevent. Promote. Protect.

ENVIRONMENTAL HEALTH
1250 Hollipark Drive
Idaho Falls, ID 83401
OFFICE (208) 523-5382
FAX (208) 528-0857

SOLICITUD DE REVISION DEL PLAN PARA UN ESTABLECIMIENTO DE COMIDA

Fecha:_____

Nombre de Establecimiento de Comida:_____

Dirección del Establecimiento de Comida:_____

Ciudad/Estado/Código Postal:_____

Persona que Presenta los Planes:_____

Numero de Teléfono del Contacto:_____

Dirección de Correo del Contacto:_____

Ciudad/Estado/Código Postal:_____

Tipo de Establecimiento de Comida:

- ☐ Restaurante de Sentarse
- ☐ Tienda de Conveniencia
- ☐ Carnecería
- ☐ Delicatesen
- ☐ Restaurante de Comida Rápida
- ☐ Panadería
- ☐ Supermercado
- ☐ Unidad Móvil de Comida
- ☐ Otro:_____

Favor de adjuntar y enviar los siguientes artículos con esta aplicación de revisión del plan:

- ✓ Copia del menú propuesto.
- ✓ Plano o el modelo de la propuesta diseño del equipo de la comida, plomería, iluminación y baños.
- ✓ Lista de equipos con números de marca y modelo. Por favor incluya todos los equipos nuevos y usados que usted propone para su establecimiento. Equipo usado debe ser aprobado por el Salud Publica del Este de Idaho, antes de la compra, para verificar el cumplimento de los requisitos del Código de Alimentos de Idaho.
- ✓ La revisión del plan y la forma de aprobación completado.

Tarifa no reembolsable de revisión del plan debe ser pagado en el momento de presentación de esta solicitud.

EIPH Use Only

Risk Category: Medium_____ High_____

Date Paid:_____ Amount paid:_____ Receipt #:_____ Received by:_____

5/2015