



# BRAZOS COUNTY HEALTH DISTRICT

201 NORTH TEXAS AVENUE • BRYAN, TEXAS 77803

(979) 361-4440 • Fax (979) 823-2275

healthdept@brazoscountytexas.gov • [www.brazoshealth.org](http://www.brazoshealth.org)

Tarifa de permiso	
<input type="checkbox"/>	\$60 (1-3 días)
<input type="checkbox"/>	\$95 (4-6 días)
<input type="checkbox"/>	\$150 (7-14 días)
*\$60 adicionales se aplicara a solicitudes que no son entregadas con 72 horas anticipación	

## SOLICITUD PARA PERMISO DE SERVICIO DE ALIMENTOS TEMPORAL TODO ALIMENTO DEBE DE SER PREPARADA EN EL SITIO\*

Desde: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Tipo de evento temporal: \_\_\_\_\_

Locación del evento (No puede ser residencial): \_\_\_\_\_

Nombre y domicilio del establecimiento o la organización: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Operador o persona de contacto: \_\_\_\_\_

Lista de los alimentos que serán preparados o servidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empezar a preparar a (horario): \_\_\_\_\_ Servir a (horario): \_\_\_\_\_

Todo alimento que requiere temperatura o tiempo para seguridad (TCS) debe de ser comprado y/o preparado en el condado de Brazos. Recibos deben de ser guardados para mostrar prueba de la compra. Si cualquier alimento es preparado en otra locación, debe de ser de locación con permiso en el condado de Brazos. Lista el nombre del titular del permiso y cuando se va usar la locación. \_\_\_\_\_

Solicitudes para eventos temporales deben de ser entregadas por los menos **72 horas antes** del evento. Si no es entregada antes de 72 horas, NO se emitirá un permiso.

**TARIFA A NOMBRE DE: PUBLIC HEALTH (se acepta efectivo, giro postal, cheque local, o tarjeta de crédito (tarifa aplica)**

**\* NO HAY REEMBOLSOS \***

(NO HAY TARIFAS PARA ESTABLECIMIENTOS CON PERMISO ACTUAL EN EL CONDADO DE BRAZOS)

*\*Si las condiciones para el permiso temporal no se cumplen este permiso será revocado.*

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Receipt Number: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

Approved: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**YO ESTOY DE ACUERDO DE SEGUIR LAS REGLAS/REGULACIONES ESTABLECIDAS POR EL DISTRICTO DE SALUD DEL CONDADO BRAZOS (BCHD) PARA EVENTOS TEMPORALES DE ALIMENTOS. YO ENTIENDO QUE SI ESTAS REGLAS NO SE SIGUEN, INSPECTORES DE BCHD PUEDEN TERMINAR EL EVENTO TEMPORAL DE ALIMENTO Y/O EMITIR UN TARIFA ADMINISTRATIVA (TARIFA DE REINSPECCION DE \$60.00). YO ENTIENDO QUE DEBO DE ESTAR CONFIGURADO ANTES DE COMPENZAR CULQUIER PREPARACION DE ALIMENTO, Y QUE PUEDO SER INSPECCIONADO A CULQUIER TIEMPO DURANTE EL EVENTO.**

SOLICITANTE DE SERVICIO DE COMIDA \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

INSPECTOR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_