



**ALLIANCE CITY HEALTH DEPARTMENT**

**SOLICITUD DE PERMISO PARA ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN  
REVISIÓN DEL PLAN DE INSTALACIONES**

**Tarifa de Revisión del Plan: SUPERFICIE REAL EN PIES CUADRADOS \_\_\_\_\_**

**Micro Market: IMÁGENES DE LINAJE \_\_\_\_\_**

**Establecimiento de Servicios de Alimentación MENOS de 25,000 PIES CUADRADOS-\$250.00**

**Establecimiento de Servicios de Alimentación MÁS de 25,000 PIES CUADRADOS-\$500.00**

**Revisión Acelerada del Plan-Establecimiento de Servicios de Alimentación -\$150.00 Adicional**

Fecha      /      /       
Mes      Día      Año

**Restaurante o Tienda.** (Haz un círculo)

ENTREGAR A:      ALLIANCE CITY HEALTH DEPARTMENT  
                         537 E. MARKET ST.  
                         ALLIANCE, OHIO 44601-2514

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DUEÑO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL AGENTE RESPONSABLE SI ES DISTINTO DEL DUEÑO: \_\_\_\_\_

SELECCIONE EL MÁS APROPIADO:

OPERADOR

CONTRATISTA

DISEÑADOR

PROVEEDOR

OTRO: (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LAS INSTALACIONES: NUEVO    REMODELAR    CONVERSIÓN

TIPO DE SERVICIO: PROPORCIONE UNA DESCRIPCIÓN DEL TIPO BÁSICO DE SERVICIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS Y EL OBJETIVO DE SU OPERACIÓN:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL MENÚ: TIPO DE PRODUCTOS INVOLUCRADOS, INFORMACIÓN BÁSICA DE ENTREGA (PROVEEDORES) O ADJUNTAR COPIA DEL MENÚ:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

UBICACIÓN Y TAMAÑO DEL INTERCEPTOR/TANQUE DE GRASA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

F.O.G PROGRAM- CONTRATADO CON: \_\_\_\_\_

PARTICIPACIÓN DE LOS EMPLEADOS: PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE EL NÚMERO Y LA CATEGORÍA DE TRABAJADORES PREVISTOS, TANTO EN TOTAL COMO POR TURNO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certificado Nivel I:    Nombre \_\_\_\_\_    Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

Certificado Nivel II:    Nombre \_\_\_\_\_    Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

Certificado de ODH:    Nombre \_\_\_\_\_    Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

\*(Por favor, adjunte una copia del certificado ODH a este paquete)

CAPACIDAD DE SERVICIO PROYECTADA:

CAPACIDAD DE ASIENTOS: \_\_\_\_\_ SERVICIOS: \_\_\_\_\_

OTRO: (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

CONSTRUCCIÓN:    FECHA ESTIMADA DE INICIO \_\_\_\_\_

FECHA ESTIMADA DE APERTURA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**Aviso:**

**Los planos deben incluir los niveles de iluminación medidos en candelas-pie, las especificaciones del equipo, el menú, la ubicación del contenedor de basura y el certificado del curso básico de manipulación de alimentos de nivel uno.**

Revised 1-16-2026