

FOOD SERVICE MANAGEMENT -
HEALTH REGULATION COMPLIANCE FOR SCHOOL CONCESSIONS



CITY OF EL PASO - DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
FOOD INSPECTION PROGRAM



FOOD ESTABLISHMENT APPLICATION

- Name of Business/Nombre del Negocio: **DBA**
Business Address /Domicilio del Negocio:
City/Ciudad: State/Estado: Zip Code/Zona Postal: Phone/Teléfono:
Fax/Fax Cell Phone/Celular E-Mail Address/Domicilio Electronico:
- Mailing Address/Domicilio Postal:
IF THE OWNER IS A CORPORATION, LIST CORPORATE NAME / SI EL PROPIETARIO ES CORPORACION, PONGA EL NOMBRE DE LA CORPORACION
- Owner of Business/Proprietario del Negocio:
Home Address/Domicilio de Casa:
City/Ciudad: State/Estado: Zip Code/Zona Postal: Phone/Teléfono:
Fax/Fax: Cell Phone/Celular: E-Mail Address/Domicilio Electronico:
List name, title, address, and phone number of the principal officers of the corporation. /Ponga el nombre, titulo, domicilio y telefono de los oficiales principal de la corporacion.
- Manager-Person in Charge/Gerente-Persona a Cargo: Phone/Teléfono:
- Types of Food/Tipos de Alimentos:
- If Applicable, Central Preparation Facility/Si Aplica, Centro de Preparación de Alimentos:
Address/Domicilio:

FOOD SERVICE (CITY & COUNTY) - FOOD PRODUCT (CITY) - RETAIL FOOD STORE (COUNTY) SERVICIOS DE ALIMENTOS (CIUDAD Y CONDADO) - PRODUCTOS ALIMENTICIOS (CIUDAD) - TIENDA DE ALIMENTOS (CONDADO)	
Square Footage/Pies Cuadrados:	Water System Name/Nombre del Sistema de Agua:
Sewage System Name/Nombre de Sistema de Drenaje:	
CHILD OR ADULT CARE FACILITY (CITY & COUNTY) / CENTRO DE CUIDADO PARA NINOS O ADULTOS (CIUDAD Y CONDADO)	
# Care Recipients/# Personas que va cuidar:	Water System Name/Nombre De Sistema de Agua:
Sewage System Name/Nombre de Sistema de Drenaje:	
TEMPORARY (CITY & COUNTY) - SEASONAL (CITY) / TEMPORAL (CIUDAD Y CONDADO) - PERMISO DE SEIS MESES (CIUDAD)	
Event-Celebration/Event-Celebracion:	Address/Domicilio:
Start Date/Fecha de Comienzo:	Start Time/Hora de Comienzo:
End Date/Fecha de Conclusion:	End Time/Hora de Conclusion:
MOBILE (CITY & COUNTY) - OUTDOOR MARKET (CITY) - ROADSIDE FOOD VENDING (COUNTY) AMBULANTE (CITY & COUNTY) - MERCADO AL AIRE LIBRE (CIUDAD) - VENDEDOR AL BORDE DE LA CARRETERA (CONDADO)	
POLITICAL JURISDICTION (CIRCLE ALL AREAS YOU WISH TO SELL IN) / JURISDICCION POLITICA (MARQUE TODAS LAS AREAS QUE DESEA VENDER EN):	
CITY OF EL PASO / EL PASO COUNTY / ANTHONY / CLINT / HORIZON CITY / SOCORRO / VINTON	
Operational Dates/Dias de Operacion:	Start Time/Hora de Comienzo:
End Time/Hora de Conclusion:	
Vehicle Information/Información del Vehículo: Year/Año:	Make/Marca:
Model/Modelo:	
License Plate/Placa:	State/Estado:
VIN-Registration/Registration:	
RECURRENT (CITY) / RECURRENTE (CIUDAD)	
Swap Meet (circle only one) / Swap (marque solamente uno): Ascarate Drive In / Bronco Swap Meet / Fox Plaza Swap / El Paso Flea Market / Angelo's Traders Market	
Operational Dates/Dias de Operacion:	Start Time/Hora de Comienzo:
End Time/Hora de Conclusion:	

In accordance with Vernon's Texas Codes Annotated, Chapter 437 and 438 of the Texas Health and Safety Code, Chapter 9.12 of the Municipal Code and/or El Paso County Food Safety Order a food establishment application is hereby filed for approval. The information herein provided is accurate and correct. I hereby allow the Director to inspect my premises, personnel, equipment, utensils, products and environs to ensure the above mentioned laws, rules and ordinances are in compliance. I have been informed that permits and licenses are not transferable from one person to another nor from one location to another, that plans must be submitted for new or extensively remodeled establishments and that no person shall operate a food establishment without meeting the above mentioned laws, rules and ordinances. I understand that any violation of the aforementioned laws, rules or ordinances is a misdemeanor punishable by said law. I have been informed and received a copy of the requirements.

Pe acuerdo con Vernon's Codigo de Tejas Anotado, Capitulo 437 y 438 del Codigo de Seguridad y Salud de Tejas, Capitulo 9.12 del Codigo Municipal de El Paso y/o Orden del Condado de El Paso de Salud y Seguridad de Alimento el debo someter una aplicacion para aprobacion. La informacion provenida es precisa y correcta. Yo autorizo el Director que inspeccione mi local, personal, equipo, utensilios, producto y alrededores para asegurar que las leyes, reglas y ordenanzas mencionadas estan en cumplimiento. Se me ha informado que los permisos y licencias no son transferibles de una persona a otra o de una ubicacion a otra, que planos deben de someterse para establecimientos nuevos o extensivamente remodelados, y que ninguna persona puede operar un establecimiento de alimentos sin haber cumplido con las leyes, reglas y ordenanzas mencionadas. Yo comprendo que alguna violacion de las leyes, reglas o ordenanzas es un delito penable por dicha ley. Reconozco haber recibido una copia de los requisitos.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____
Print Name/Nombre en Letra de Molde: _____ Title/Titulo: _____

FOOD SERVICE MANAGEMENT -
HEALTH REGULATION COMPLIANCE FOR SCHOOL CONCESSIONS

ECM USE ONLY – ZONING APPROVAL STAMP				PUBLIC HEALTH USE ONLY – APPROVAL STAMP			
CARE FACILITY: # CARING FOR _____							
FOR DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH USE ONLY							
				NEW / RENEWAL / ADM CHG			
I have inspected this food establishment, verified the information herein and recommend issuance of a permit.				Type of Establishment: _____ Permit No: _____ Issued: _____ Expires: PERMANENT / _____ Section: 9.12.070 / 4 () Restriction: 9.12.050 / 5 () Area: _____ Risk: _____ Receipt: _____ Fee: _____			
Inspector _____		Date _____		APPROVED:			
Director _____							
Accela No:	Inputted By/Date:	Inspector Assigned:	1 st QA/Date:	2 nd QA/Date:	Cleared By/Date:	Final QA/Date:	

INSTRUCTIONS

- PLEASE PRINT LEGIBLY AND FILL IN ALL OF THE BLANKS (FORM WILL NOT BE ACCEPTED IF THERE ARE ANY BLANKS).
- #1 - WRITE IN NAME OF BUSINESS, BUSINESS ADDRESS, CITY, STATE, ZIP CODE, PHONE/FAX/CELL NUMBER AND E-MAIL ADDRESS.
 - #2 - WRITE IN MAILING ADDRESS - ADDRESS, CITY, STATE AND ZIP CODE.
 - #3 - WRITE IN OWNER OF BUSINESS, HOME ADDRESS, CITY, STATE, ZIP CODE, PHONE/FAX/CELL NUMBER AND E-MAIL ADDRESS. IF OWNER IS A PARTNERSHIP, LIST ALL PARTNERS WITH THEIR RESPECTIVE ADDRESSES. IF OWNER IS A CORPORATION, LIST THE CORPORATION'S NAME AND WRITE IN ALL PRINCIPAL OFFICERS WITH THEIR RESPECTIVE ADDRESSES IN THE SPACE PROVIDED (OR ON AN ADDITIONAL PIECE OF PAPER).
 - #4 - WRITE IN NAME AND PHONE NUMBER OF ACTUAL BUSINESS SITE MANAGER/PERSON IN CHARGE.
 - #5 - WRITE IN THE TYPES OF FOOD YOU WILL BE SELLING.
 - #6 - WRITE IN THIS SPACE ONLY IF OPERATING OUT OF A CENTRAL PREPARATION FACILITY. THE CENTRAL PREPARATION FACILITY AGREEMENT FORM WILL BE PROVIDED BY FOOD INSPECTION PROGRAM.
 - #7 - WRITE IN THE INFORMATION IN THE BOX THAT CORRESPONDS WITH THE TYPE OF PERMIT YOU ARE APPLYING FOR.
 - #8 - READ THE INFORMATION PARAGRAPH AND THEN SIGN, DATE, PRINT NAME OF SIGNER AND TITLE.

CHARITABLE OR NON-PROFIT ORGANIZATIONS WILL NEED TO PROVIDE PROOF OF SUCH AT THE TIME APPLICATION IS SUBMITTED TO FOOD INSPECTION PROGRAM. FOOD ESTABLISHMENT REQUIREMENT LISTS CAN BE OBTAINED AT THE FOOD INSPECTION PROGRAM OFFICE.

INSTRUCCIONES

- POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE Y LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO (NO SE ACEPTARÁ LA FORMA SI HAY CUALQUIER ESPACIO EN BLANCO).
- #1 - ESCRIBA EL NOMBRE DEL NEGOCIO, DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL, NÚMERO DE TELÉFONO-FAX-CELULAR Y DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO
 - #2 - ESCRIBA EL DOMICILIO POSTAL DEL NEGOCIO - DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO Y ZONA POSTAL.
 - #3 - ESCRIBA EL NOMBRE DEL PROPIETARIO, DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL, NÚMERO DEL TELEFONO-FAX-CELULAR Y CORREO ELECTRONICO SI EL NEGOCIO ES UNA CORPORACION, MENCIONE TODOS LOS NOMBRES DE LOS SOCIOS CON SUS RESPECTIVOS DOMICILIOS SI EL NEGOCIO ES UNA CORPORACIÓN, MENCIONE EL NOMBRE DE LA CORPORACIÓN Y LOS NOMBRES DE LOS OFICIALES PRINCIPALES CON SUS RESPECTIVOS DOMICILIOS EN EL ESPACIO PROVISTO O EN UNA HOJA ADICIONAL.
 - #4 - ESCRIBA EL NOMBRE Y TELEFONO DEL GERENTE/PERSONA A CARGO.
 - #5 - ESCRIBA LOS TIPOS DE ALIMENTOS QUE VA VENDER.
 - #6 - ESCRIBA EN ESTE ESPACIO ÚNICAMENTE SI ESTÁ OPERANDO DE CENTRO DE PREPARACION. NUESTRO DEPARTAMENTO PROVEERÁ LA FORMA PARA EL ACUERDO DEL CENTRO DE PREPARACION
 - #7 - LLENE LA INFORMACION EN EL CUADRO QUE CORRESPONDE CON EL TIPO DE PERMISO QUE SE ESTA SOLICITANDO
 - #8 - LEA LA INFORMACIÓN DEL PARRAFO Y FIRME, ESCRIBA LA FECHA, NOMBRE EN LETRA DE MOLDE Y TITULO

ORGANIZACIONES NO LUCRATIVAS NECESITAN COMPROBARLO AL MOMENTO DE SOMETER LA SOLICITUD AL PROGRAMA DE INSPECCION DE ALIMENTOS LA LISTA DE LOS REQUISITOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS SE PUEDEN OBTENER EN LA OFICINA DE INSPECCION DE ALIMENTOS