

Cómo Completar Su Solicitud de Autorización de Salud

➤ ¿Quién necesita completar una solicitud?

Cualquier persona que opera uno de los siguientes tipos de negocios en la región de Fraser Health debe completar una "Solicitud de Autorización de Salud" (*Application for Health Approval*).

- **Alimentos** (restaurante, tienda de alimentos, procesamiento de alimentos, vehículo móvil, carro móvil)

Todos el equipo móvil de servicio de alimentos de uso en exteriores, sea alimentado por gas natural o propano, debe tener la calcomanía de autorización de la Autoridad de Seguridad de B.C. o estar certificado por una organización reconocida por el Consejo de Estándares de Canadá (*Standards Council of Canada*).

- **Piscina** (piscina o alberca de natación, jacuzzi, piscina de aspersion)
- **Establecimiento de Servicios Personales** (salón de peluquería, salón de estética, piercings, tatuajes)

Nota: Si usted está solicitando una Autorización para un Sistema de Provisión de Agua debe completar un formulario de "Solicitud de Permiso de Operación de Agua Potable" (*Drinking Water Operating Permit Application*) el cual está disponible en: www.fraserhealth.ca/drinkingwater.

➤ ¿Por qué necesito completar una solicitud?

Un formulario de solicitud completo es requerido antes de que el Oficial de Salud Ambiental autorice la operación de su negocio o le emita un "Permiso Operativo de Salud" (*Health Operating Permit*).

➤ ¿Qué información necesito proporcionar en el formulario de solicitud?

1. Complete lo siguiente:
 - Información del propietario
 - Direcciones del local, de facturación, y postal
 - Tipo de Solicitud de Autorización de Salud
 - Tipo de Servicio
2. Contacte al Oficial de Salud Ambiental de su localidad si tiene preguntas.
3. En la sección de firmas, escriba su nombre en letras de molde, firme su nombre y escriba la fecha.
4. Entregue el formulario completado al Oficial de Salud Ambiental de su localidad o envíelo a la oficina de Protección de Salud de su localidad.

Siga los "4 Pasos" para completar la solicitud de autorización de salud que está incluida en este Boletín.



The image shows a screenshot of the 'APPLICATION FOR HEALTH APPROVAL' form from Fraser Health. The form is titled 'APPLICATION FOR HEALTH APPROVAL Health Protection'. It includes sections for 'Owner Information', 'SITE ADDRESS', and 'BILLING ADDRESS'. There are checkboxes for 'Type of Ownership' (Sole Proprietorship, Partnership, Corporation, Society) and 'Send to Billing' (Yes/No). A large green 'APPROVED' stamp with a checkmark is overlaid on the top right of the form.

Paso 1:

Completar la Información del Propietario

➤ **Tipo de Titularidad**

Seleccione la casilla junto al tipo de titularidad que describe su negocio.

- **Titularidad única** (*Sole proprietorship*) significa que el negocio pertenece a una persona que lo opera.
- **Asociación conjunta** (*Partnership*) significa que el negocio pertenece a dos o más personas que lo operan.
- **Compañía/compañía limitada** (*Corporation/limited company*) significa que una o más personas que están legalmente reconocidas como una entidad separada (con su propio nombre e identidad) operan el negocio. Tal compañía es fundada en un acto llamado incorporación.
- **Sociedad** (*Society*) significa un grupo de personas asociadas con un propósito en común.

Si el tipo de titularidad es asociación conjunta (*partnership*), tenga a bien incluir una copia de su escritura legal de "convenio de asociación conjunta" (*partnership agreement*).

Si el tipo de titularidad es compañía o sociedad (*corporation, o society*), tenga a bien incluir una copia de su "certificado de incorporación" (*certificate of incorporation*), este el documento presentado al agente de gobierno cuando el negocio fue incorporado.

➤ **Nombre del Propietario Legal**

Escriba el nombre del propietario legal del negocio.

- **Titularidad única** (*Sole proprietorship*) – el nombre del propietario.
- **Asociación conjunta** (*Partnership*) – los nombres de los socios.
- **Compañía/compañía numerada** (*Corporation/numbered company*) – el nombre de la compañía.
- **Sociedad** (*Society*) – el nombre de la sociedad.

fraserhealth APPLICATION FOR HEALTH APPROVAL Health Protection

Permit Fee \$ / / dd/mm/yy Date Collected / / dd/mm/yy Chq Visa Amex Cash MasterCard Sent to Billing / / dd/mm/yy

Owner Information

Type of Ownership (select one) Sole Proprietorship Partnership Corporation Society Copy of Legal Documents Provided

Legal Owner Name _____

Doing Business As (DBA) _____

SITE ADDRESS **BILLING ADDRESS**

Person In Charge/Operator _____ Billing Contact Name (if different than Legal Owner Name) Same as Site Address

Email Address _____ Street Address _____

Street Address _____ Street Address _____

City/Municipality/Province _____ Postal Code _____ City/Municipality/Province _____ Postal Code _____

Emergency Contact Telephone _____ Site Telephone () _____ Telephone () _____ Fax () _____
() _____ Fax () _____

MAILING ADDRESS (address where site mail is delivered)

Street Address _____ City/Municipality/Province _____ Postal Code _____ Same as Site Address

Type of Application

New Facility Owner Change Address Change Fee Category Change
 Services Change Name Change Months of Operation Change Status Change
 Permit Corrections (please specify): _____

Effective Date / / dd/mm/yy Comments _____

Type of Service

Food Service Specify Primary Service Pool Size _____ m² Personal Service Specify Primary Service

Wading / Spray Pool Hot Tub

Seating Capacity: _____ seats ≥ 19 m² < 19 m²

Number of Months Open Annually January February March April May June July August September October November December

Do you sell tobacco and/or vapour products? Yes No TEO Notified Yes No

Applicant Signature

Applicant Signature _____ Applicant Name (please print) _____ Date of Signature dd/mm/yy _____

Environmental Health Officer - Complete this Section

Previous Name of Premises _____ Estimated Closing Date / / dd/mm/yy

Permitted Food Non Permitted Food Permitted Pool Personal Service

Food Service Food Store FS Trained Non Permitted Pool Sanitation Plan

Food Service - Institutional Food Other FS Plans Pool Safety Plan

Food Service - Mobile Sanitation Plans

Declaration Form Attached Exempt Fee Waived Multi-Facility Operation CCFL Food Facility

Conditions Take Out Only Full Service Mobile Other FSA Approval Sticker # _____
 Single Service Utensils Only Mobile Vending Cart (menu items)

EHO Name _____ EHO Signature _____ If covering, District EHO Name _____ Approval Date dd/mm/yy _____

Pinshop #307715 Revised Sept 14, 2016 White: File Copy Yellow: Billing Copy Pink: Applicant Copy



➤ **Nombre comercial (Doing business as (DBA)).** Escriba el nombre del negocio.

- **Placa de Circulación del Vehículo para Unidades Móviles**
Escriba el número de la placa de circulación detrás de "DBA" si corresponde.

Paso 2:

Complete las direcciones del local, de facturación, y postal

Complete cada sección de dirección incluyendo los números de teléfono de los siguientes:

- **Dirección del local** significa la dirección de su negocio. Incluya el nombre de la persona que estará encargada, su dirección de correo electrónico, su dirección física con nombre de la calle y la ciudad donde el negocio está ubicado.
- **Dirección de facturación** significa la dirección donde se envían facturas (si la planta tiene permiso operativo) o cartas.
- **Dirección postal** significa la dirección postal local del negocio (puede ser la misma que la dirección del local).

Paso 3:

Complete el Tipo de Solicitud

Indique el "tipo de solicitud" que está entregando. Si tiene preguntas, contacte a un Oficial de Salud Ambiental.

- **Nueva Planta** significa un negocio nuevo en una ubicación nueva.
- **Cambio de Propietario** significa un negocio existente del que usted es el nuevo propietario.
- **Cambio de Dirección** significa que una o más de las direcciones del local, de facturación, o la dirección postal han cambiado.
- **Cambio de Categoría de Tasas** significa un cambio en la operación de una planta no tasable a una tasable.
- **Cambio de Servicio** significa que se han añadido o retirado condiciones de un permiso.
- **Cambio de Nombre** significa que el nombre del negocio ha cambiado.
- **Cambio de Meses de Operación** significa un cambio en el número de meses del año durante los cuales usted opera.
- **Cambio de Estatus** significa un cambio al estatus existente de facturación (p.ej., exención de tasas, descuento por plantas múltiples, cupo de clientela).
- **Corrección al Permiso** significa que hay información en el permiso que requiere correcciones o actualizaciones.
- **Fecha Efectiva** – escriba la fecha en que el negocio abrirá sus puertas (las tasas del permiso serán facturadas comenzando con esta fecha).

Paso 4:

Complete el Tipo de Servicio

Seleccione la casilla junto al "tipo de servicio" que describe su negocio.

- **Servicio de Alimentos** es un negocio que proporciona alimentos para el consumo del público. Los tipos de negocios de servicio de alimentos incluyen los siguientes (sin estar limitados a estos):
 - ⇒ Restaurantes de servicio completo
 - ⇒ Restaurantes de comida para llevar
 - ⇒ Carros/concesiones móviles de alimentos
 - ⇒ Proveedores de catering
 - ⇒ Tiendas de alimentos (incluyendo aquellas con máquinas de hot dogs)
 - ⇒ Procesadores de alimentos
 - ⇒ Cines
 - ⇒ Plantas embotelladoras
- **Piscina o Alberca** es una piscina de natación, piscina para niños o jacuzzi.
- **Establecimiento de Servicios Personales** es un negocio que proporciona un servicio personal al o sobre el cuerpo de otra persona. Los tipos de establecimientos de servicios personales incluyen los siguientes (sin estar limitados a estos); salones de peluquería o de estética, piercings, tatuajes u otros servicios de spa (p.ej., masajes, reflexología, etc.)
- **Número de Meses de Operación** Indique el número de meses en que el negocio opera seleccionando las casillas apropiadas. Si el negocio opera menos de 12 meses en cada año seleccione las casillas correspondientes a los meses en que el negocio opera. Es importante completar esta sección porque las tasas están prorrateadas según los meses de operación del negocio.
- **Tabaco** Indique si va a vender productos de tabaco y/o cigarrillos electrónicos y sus accesorios o no.

Las plantas con "Permiso" deberán entregar la tasa correspondiente con su solicitud.

El pago puede ser hecho con efectivo o cheque en la oficina de protección de salud de su localidad.

Para pagar con tarjeta de crédito, llame al (604) 918-7507.

La Solicitud de Autorización de Salud (*Application for Health Approval*) puede ser obtenida de las siguientes Oficinas de Salud Ambiental

Para contactar la Oficina de Salud Ambiental de su localidad,
sírvese llamar al Call Center Central de
Salud Pública de la Población al:

604-587-3936

y pida que lo conecten con la oficina de su localidad.

Abbotsford (*incluye a Clayburn, Clearbrook, Matsqui y Mt. Lehman*)
207 – 2776 Bourquin Crescent West
Abbotsford, BC V2S 6A4

Chilliwack (*incluye a Agassiz, Harrison Hot Springs, Hope, Boston Bar y Sunshine Valley*)
45470 Menholm Road
Chilliwack, BC V2P 1M2

Langley (*incluye a Aldergrove, Fort Langley, Langley City y Langley Township*)
Langley Memorial Hospital
22051 Fraser Highway
Langley, BC V3A 4H4

New Westminster
218 – 610 Sixth Street
New Westminster, BC V3L 3C2

Surrey (*incluye a Cloverdale*)
Suite 100, Central City Tower
13450 – 102nd Avenue
Surrey, BC V3T 5X3

Burnaby
300 – 4946 Canada Way
Burnaby, BC V5G 4H7

Delta (*incluye a Tsawwassen y White Rock*)
201 – 11245 84th Avenue
Delta, BC V4C 2L9

Mission (*incluye a Deroche, Dewdney, Hatzic Lake, Lake Erroch y Harrison Mills*)
7298 Hurd Street
Mission, BC V2V 3H5

Ridge Meadows (*incluye a Maple Ridge y Pitt Meadows*)
400 – 22470 Dewdney Trunk Road
Maple Ridge, BC V2X 5Z6

Tri-Cities (*incluye a Coquitlam, Port Coquitlam, Port Moody, Anmore y Belcarra*)
300 – 205 Newport Drive
Port Moody, BC V3H 5C9

Para información sobre los Servicios de Salud Ambiental,
visite la web de Fraser Health en:

www.fraserhealth.ca/healthprotection