HHSA Public Health | Environmental Health Services
WWW.TULARECOUNTYEH.ORG • (559) 624-7400

COMMISSARY / APPROVED KITCHEN VERIFICATION
MOBILE FOOD FACILITY (MFF) / CATERER

COMISARIA / VERIFICACIÓN DE COCINA APROBADA

MÓVIL DE ALIMENTOS (MFF) / SERVICIO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN

FA#	
PR#	

MFF / CATERER BUSINESS INFORMATION *INFORMACIÓN DEL NEGOCIO DE MFF / CATERER*

Business Name:
Nombre de el negocio _____

License Plate Number (if applicable):
Número de placa (si corresponde) _____

Owner Name:
Nombre del dueño _____

Owner Mailing Address:
Dirección postal del dueño _____ City: *Ciudad* _____ Zip Code: *Código postal* _____

Phone Number (Home/cell):
Número de teléfono (casa/ celular) _____

Email Address:
dirección de correo electrónico _____

I, the above-mentioned MFF / Caterer Owner will operate out of the below mentioned commissary and report to the commissary at least once each operating day for cleaning and servicing (As noted below) (Calcode Sec. 114297). I will store the vehicle (if applicable) at the comissary or another approved location. If the use of the commissary is discontinued, I will notify the Environmental Health Division at (559) 624-7400 to make the necessary changes. *Yo, el Propietario mencionado anteriormente, operaré desde la comisaria mencionado a debajo y me reportaré a la comisaria al menos una vez cada dia de operacion para la limpieza y el servicio (como se indica a continuación) (Calcode Sec. 114297). Guardaré el vehículo (si corresponde) en el comisario u otro lugar aprobado. Si se descontinúa el uso de la comisaría, notificaré a la División de Salud Ambiental al (559) 624-7400 para hacer los cambios necesarios.*

Signature of MFF/Caterer Owner *Firma del propietario de MFF/catering* _____ Date *Fecha* _____

COMMISSARY/ APPROVED KITCHEN FACILITY INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE LA INSTALACIÓN DE COCINA APROBADA/COMISARIO

Type of Facility: *Type of Facility* ☐ Commissary *Comisario* ☐ Commercial Kitchen *cocina comercial* ☐ Other: *Otro* _____

Business Name:
Nombre del Negocio _____

Owner's Name:
Nombre del dueño _____

Address:
Dirección _____ City: *Ciudad* _____ Zip Code: *Código postal* _____

Phone Number: (Business)
Número de teléfono: (Empresa) _____ Mobile: *Móvil* _____

- ☐ **Preparation or packaging of food** *Preparación o envasado de alimentos.*
- ☐ **Electrical hook-up & service of vehicle** *Conexión eléctrica y servicio del vehículo.*
- ☐ **Toilet & handwashing** *Aseo y lavado de manos*
- ☐ **Waste tank/ sewage disposal facilities** *Depósito de residuos/instalaciones de eliminación de aguas residuales*
- ☐ **Potable water supply** *Abastecimiento de agua potable*
- ☐ **Warewashing of cooking equipment** *Lavado de utensilios de cocina*
- ☐ **Dry food storage** *almacenamiento de alimentos secos*
- ☐ **Waste grease removal** *Eliminación de residuos de grasa*
- ☐ **Storage and overnight parking** *Almacenamiento y estacionamiento nocturno*
- ☐ **Refrigerated/ frozen food storage** *Almacenamiento de alimentos refrigerados/congelados*
- ☐ **Supplies storage** *Almacenamiento de suministros*
- ☐ **Supply food products** *Suministro de productos alimenticios*

I, the Commissary Owner, can and will provide the necessary facilities as checked for the above-mentioned MFF/Caterer at my permitted facility:
Yo, el dueño del comisario, puedo proporcionar y proporcionaré las instalaciones necesarias según lo verificado para el MFF/proveedor de catering mencionado anteriormente en mi instalación autorizada:

Signature of Commissary/Approved Kitchen Manager *Firma del Comisario/Gerente de Cocina Aprobado* _____ Date *Fecha* _____

NOTE: The signature of Commissary/Facility Owner must be a original within 30 days of applying for permit. NO COPIES.
NOTA: La firma del Comisario/dueño de la instalación debe ser un original dentro de los 30 días posteriores a la solicitud del permiso. SIN COPIAS.
NOTE: Use of an unapproved facility for any of above purposes can lead to revocation of your permit to operate.
NOTA: El uso de una instalación no aprobada para cualquiera de los propósitos anteriores puede dar lugar a la revocación de su permiso para operar.

This section shall be completed and approved by the local Environmental Health Agency where the above commissary is located.
Esta sección deberá ser completada y aprobada por la Agencia de Salud Ambiental local donde se encuentra el comisario anterior.

Verified by: _____ County: _____ Employee #: _____ Date: _____ ☐ Approved ☐ Disapproved
Environmental Health Specialist

Environmental Health Services
5957 S. Mooney Blvd. Visalia, CA 93277-9394
OFFICE: 559-624-7400 FAX: 559-687-6941
www.tularecountyeh.org