



HHSA
Public Health

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

Account #	_____
District #	_____
Date	_____
Initials	_____

COUNTY OF TULARE
Health & Human Services Agency
Health Services Department – Environmental Health Division

PLAN CHECK REVIEW FORM
FORMULARIO DE REVISIÓN DE VERIFICACIÓN DE PLANOS

Project Name: <i>Nombre del proyecto</i>	_____			New <i>Nuevo</i> Remodel <i>Remodelar</i>
Address: <i>Dirección</i>	City: <i>Ciudad</i>	Zip: <i>Código postal</i>	_____	
Contact Person: <i>Persona de contacto</i>	_____	Phone: <i>Teléfono</i>	_____	
Contact Email: <i>Correo electrónico</i>	_____			

(IF A CONSTRUCTION INSPECTION HAS NOT BEEN CONDUCTED BY THIS AGENCY WITHIN 24 MONTHS FROM THE DATE OF PLAN APPROVAL, CANCELLATION OF THESE PLANS MAY OCCUR. YOU WILL BE INFORMED IN WRITING OF THIS CANCELLATION. ADDITIONAL PAYMENT OF HEALTH SERVICES FEE WILL BE REQUIRED UPON RE-SUBMITTAL OF PLANS.)

(SI ESTA AGENCIA NO HA REALIZADO UNA INSPECCIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DENTRO DE LOS 24 MESES A PARTIR DE LA FECHA DE APROBACIÓN DE LOS PLANOS, PUEDE OCURRIR LA CANCELACIÓN DE ESTOS PLANOS. SE LE INFORMARÁ POR ESCRITO DE ESTA CANCELACIÓN. COSTOS ADITIAALES INCURRIRAN AL PRESENTAR NUEVOS PLANOS.)

Project Description: _____
Descripción del Proyecto

Business Owner Name: _____
Nombre del propietario del negocio

Business Owner Mailing Address: _____
Dirección postal del propietario del negocio

City, State, Zip: _____ Business Owner Phone: _____
Código postal *Teléfono del dueño del negocio*

Business Owner Email: _____
Correo electrónico del propietario del negocio

-----FOR OFFICE USE ONLY BELOW THIS LINE-----

Actual Review Total Hours	Actual Review Total Amount	Pre-charged 5 Hours Review Amount	Total Amount Due
_____	\$ _____	\$610.00	\$ _____

Signature Date

Filing Fee	\$160.00
Pre-charged 5 Hours Review	\$610.00
Total Fees	\$770.00
CC/Check #	_____
Receipt #	_____
Date	_____
Initials	_____
Invoice #	_____

Additional Review Fee	_____
CC/Check #	_____
Receipt #	_____
Date	_____
Initials	_____
Invoice #	_____