



**Departamento de Salud Pública del Condado de Umatilla**  
 División de Salud Ambiental de Umatilla y Morrow y Gilliam  
 200 SE 3<sup>rd</sup> St., Pendleton, OR 97801  
 Oficina: 541-278-6394 Fax: 541-278-5433  
[www.ucohealth.net](http://www.ucohealth.net) Correo Electrónico - [Health@umatillacounty.net](mailto:Health@umatillacounty.net)



## Aplicación de Licencia para Servicio de Comida

<input type="checkbox"/> Cambio de Dueños	<input type="checkbox"/> Restaurante # de Asientos: _____	<input type="checkbox"/> Cama Y Desayuno	<input type="checkbox"/> Máquina Expendedora # de Unidades: _____
<input type="checkbox"/> Servicio Limitado	<input type="checkbox"/> Comisario	<input type="checkbox"/> Bodega	<input type="checkbox"/> Unidad Móvil Clase: _____

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Dirección física del establecimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo del establecimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Dueño: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Dirección de correo domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

A cuál dirección mandamos cuentas de facturas:  Establecimiento  Domicilio

Fecha estimada de apertura: \_\_\_\_\_

Restaurante
0-15 Asientos = \$662
16-50 Asientos = \$730
51-150 Asientos = \$853
151+ Asientos = \$936
Servicio Limitado = \$390
Sector no lucrativo = \$114

Maquina Expendedora	
1-10 = \$94	101-250 = \$5530
11-20 = \$146	251-500 = \$832
21-30 = \$208	501-750 = \$1,040
31-40 = \$312	751-1000 = \$1,560
41-50 = \$333	1001-1500 = \$1,664
51-75 = \$343	1501+ = \$1,768
76-100 = \$406	



Unidad Móvil
Clase I, II, III = \$291
Clase IV = \$482
Comisario = \$464
Bodega = \$187
Cama y Desayuno = \$265

Yo entiendo que los permisos, cuando emitidos, **no pueden ser transferidos**. Yo verifico que la información propiciando está correcta al mejor de mi conocimiento y estoy de acuerdo cumplir con las provisiones de capítulo 624 de los Estatutos Revisadas de Oregon, capítulo 333 de las Reglas Administrativas de Oregon, y capítulo 113 del Código del Condado de Umatilla.

Firma de Aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Uso de Oficina:</b>			
Date Received: _____	Approved: <input type="checkbox"/> Denied: <input type="checkbox"/>	Date: _____	Initial: _____
Amount Paid: _____	Receipt #: _____		