**Departmento de Salud del Distrito Weber-Morgan**

**División de Salud Ambiental**

**477 23rd Street**

**Ogden, UT 84401**

**Telèfono: 399-7160**

**Fax: 399-7170**

**Solicitúd para Inspección de Salud/Sanidad**

**de Programa alimentación en Guarderia**

Escriba con letra de Molde

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Telèfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tengo \_\_\_\_\_ (número) de familia (ejemplo su sobrinos o nietos) en mi cuidado.

Tengo \_\_\_\_\_ (número) de niños en mi cuidado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

Favor de remitir $60.00 de cuota por la inspección. Favor de endorsar el cheque de la siguiente manera “Weber County Health Department.”

Envie por Correro ó entregue a:

**Weber-Morgan Health Department**

**477 23rd Street**

**Ogden, UT 84401**

Al ser recibida su cuota y solicitúd, un agente de Salubridad se pondrá en contacto con usted y conducirá una inspección. Una “Carta de Aprobación serà enviada a usted de que un reporte de inspecciòn satisfactorio es presentado a este Departamento.

Si usted no puede hablar o entender Ingles usted debe de proveer un interprete para la inspecciòn.

**FOR OFFICE COMPLETION**

Date received: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fee paid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INCA \_\_\_\_\_ Other Program \_\_\_\_\_