

<b>Uso de oficina solamente</b>	_____ Copy	_____ Registration	Amount \$ _____
Date Received _____			
Check # _____	Received By _____	Receipt # _____	
Issue Date _____	FH Reg # _____	Expiration Date _____	



AUSTIN/TRAVIS COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
 ENVIRONMENTAL HEALTH SERVICES DIVISION  
 PO BOX 142529 Austin, Texas 78714  
 Phone: (512) 978-0300; Fax: (512) 978-0322  
<http://www.austintexas.gov/department/food-establishment-requirements>



Inscribase personalmente: 1520 Rutherford LN, en la esquina noreste Rutherford LN al Cameron RD

**SOLICITUD REGISTRO DE MANIPULADORES DE ALIMENTO**  
 (Imprima por favor)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Colocar su nombre como aparece en la licencia de conducir o en el documento de identidad estatal que nos proporcionó.

**Licencia para Conducir o identificación del gobierno con foto:** \_\_\_\_\_  
 Tipo de Identificación \_\_\_\_\_ número de identificación \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Apto # \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Envie mi registro a:** \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **EMAIL:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ (Como aparece en su identificación)

- A) \_\_\_\_\_ Registro Solamente:** He registrado con un programa aprobado por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Junto con mi aplicación entrego:
- Incluido estan:
- 1) **\$12.00** para registrarme con la Ciudad de Austin por 2 años
  - 2) Una copia de mi certificado de Food Handler de: \_\_\_\_\_
  - 3) Una copia de mi identificación de foto
- Incluido están:
- B) \_\_\_\_\_ Reemplazar:** He perdido mi registro de Food Handler y necesito una copia.
- Incluido son:
- 1) **\$14.00** para una copia de mi registro con la Ciudad de Austin
  - 2) Una copia de mi identificación de foto

No se reembolsará dinero después de los 6 meses a partir de la fecha de pago.

Se acepta dinero en efectivo, cheque, giro postal y tarjetas MasterCard, Visa, Discover, y AMEX. **¡¡POR FAVOR NO MANDE SU PAGO EN EFECTIVO POR CORREO!!** Los cheques deberán estar a nombre de *Austin/Travis County Health and Human Services or ATCHHSD*.  
 Inscríbese por correo en: EHSD— FH, PO Box 142529 Austin, TX 78714 o personalmente :1520 Rutherford LN, en la esquina noreste Rutherford LN al Cameron RD. También puede enviar su solicitud y sus credenciales por fax al 978-0322 y pagar por teléfono al 978-0300.

Firma \_\_\_\_\_ Imprima Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_