

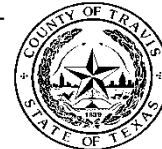
**Uso de oficina solamente** \_\_\_\_\_ Copy  
Date Received \_\_\_\_\_ Registration Amount \$ \_\_\_\_\_  
Check # \_\_\_\_\_ Received By \_\_\_\_\_ Receipt # \_\_\_\_\_  
Issue Date \_\_\_\_\_ FH Reg # \_\_\_\_\_ Expiration Date \_\_\_\_\_



**AUSTIN/TRAVIS COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES DEPARTMENT  
ENVIRONMENTAL HEALTH SERVICES DIVISION**

PO BOX 142529 Austin, Texas 78714  
Phone: (512) 978-0300 Email: [EHSD.Service@austintexas.gov](mailto:EHSD.Service@austintexas.gov)

<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 #  
Cuidad 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*.  
Inscribase 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 correo electrónico al:  
[EHSD.Service@austintexas.gov](mailto:EHSD.Service@austintexas.gov) y pagar por teléfono al 978-0300.

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