Office Use Only
Date Received _____ Amt $ _____ Check # _____

Received By _____ Receipt # _____

Issued Date _____ FH Reg # _____ Expiration Date _____

Austin/Travis County Health & Human Services Department
Public Health & Community Services Division
Environmental & Consumer Health Unit
PO BOX 1088 Austin, TX 78767 Phone (512) 978-0300Fax (512) 978-0322
http://www.ci.austin.tx.us/health/commercial_food_handler.htm

Registro Reciprocidad
Para Personas Que Trabajan con Comida (Food Handler)

(Imprima por favor)

NOMBRE: _____
APELLIDO NOMBRE
Como aparece en su identificacion

Licencia para Conducir o identificacion del gobierno con foto: _____ **Y**
Tipo de Identificacion

Numero de Identificacion: _____

Dirección:_____
CALLE APT#

_____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Mande mi registro a:_____
CALLE APT#

_____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Numero de Telefono:_____**EMAIL:**_____

Fecha de Nacimiento: _____

A) ____He registrado con un programa aprovado por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Junto con mi aplicación entrego:

Incluido sea:

1) $10.00 para registarme con la City of Austin
3) Una copia de mi certificado de Food Handler de: _____
2) Una copia de mi identificacion de foto

B) ____He perdido mi registro de Food Handler y necesito una copia de ella.

Incluido sea:

1) $5.00 para una copia de mi registro con la City of Austin
2) Una copia de mi identificacion 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 y Discovery. Los cheques deberán estar a nombre de *Austin/Travis County Health and Human Services or A/TCHHSD.* Inscríbase por correo en: ECHU- FH, P.O. Box 1088 Austin, TX 78767 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