

Office Use Only

Received/Intake Date: ___/___/___ Intake Staff Initials _____ ROW ID _____
Circle Payment: CK CASH CCard
Payment Date: ___/___/___ By: _____ CC Type/Ck No: _____ Amount \$ _____ Receipt # _____

FH/FM Issued: ___/___/___ FH/FM Expiration: ___/___/___ FM Certificate #: _____



Austin/Travis County Health & Human Services Department
Public Health & Community Services Division
Environmental & Consumer Health Unit
Por Correo: P.O. Box 1088 Austin, TX 78767
Teléfono (512) 978--0300 Fax (512) 978-0322
http://www.ci.austin.tx.us/health/commercial_food.htm



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

**SOLICITUD DE RECIPROCIDAD PARA LA CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR DE COMIDA Y
COPIA DEL REEMPLAZO**

(Escriba su nombre en imprenta)

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

Licencia de conducir o identificación con foto emitida por el estado: _____

Tipo de identificación: Nº:

Dirección: _____
Calle: Dpto. /Unidad: Ciudad: Estado: Código postal:

Fecha de nacimiento: _____ Teléfonos Nº: 1) _____ 2) _____

City of Austin exige que al menos una persona en cada empresa de comida obtenga un Certificado de Supervisor de Comida (Food Manager Certification) emitido por City of Austin.

Por favor marque una de las siguientes opciones:

_____ **Certificado de Reciprocidad:** Adjunto: una copia de un certificado valido emitido por un examinador aprobado por el **DSHS**, una copia legible de mi licencia de conducir o del documento de identidad estatal con foto y **\$10.00** por año calendario hasta la fecha de vencimiento de su tarjeta/certificado. No prorrateamos el año civil.

Círculo uno: **\$10** / 1 año **\$20** / 2 años **\$30** / 3 años **\$40** / 4 años **\$50** / 5 años.

_____ **Copia:** de mi **Certificado actual de supervisor de comida emitido por City of Austin.**

Adjunto: **\$5.00** y una copia legible de la licencia de conducir o del documento de identidad estatal con foto.

Razones para solicitar copia: _____

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*. Inscríbese por correo en: ECHU, Food Manager Certification, 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.

Todos los pedidos de crédito o reembolso de dinero deberán hacerse por escrito. No se reembolsará dinero después de los 6 meses a partir de la fecha de pago.

Firma del solicitante

Nombre en imprenta

Nota: City of Austin cumple con la Sección 504 de la Ley Federal y no discrimina a ninguna persona por su raza, discapacidad ni origen étnico.

701S_fm_app_10_4_11