



# SAN BENITO COUNTY

HEALTH & HUMAN SERVICES AGENCY

DAVID GHILARDUCCI, MD, FACEP  
INTERIM HEALTH OFFICER

TRACEY BELTON  
AGENCY DIRECTOR

**ENVIRONMENTAL HEALTH SERVICES**  
Healthy People in Healthy Communities

## Food Vendor Commissary Authorization

California Health and Safety Code requires all food vendors are required to operate out of a commissary or a food facility approved by Environmental Health Services (EHS). This form is to be completed and submitted to EHS for review. Approval of the use of the proposed commissary facility must be obtained from EHS before a Health Permit can be issued or renewed.

**Type of Vendor Facility:** (Check  the appropriate box)

- Mobile Food Facility (MFF)  Mobile Food Preparation Unit (MFPU)  Mobile Support Unit (MSU)
- Produce Vendor  Swap Meet Vendor  TFF Annual Vendor

**Food Vendor Information:**

Owner Name: \_\_\_\_\_

Business Name: (Name on vehicle or booth) \_\_\_\_\_

Business Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Vehicle License Number: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Home Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Drivers License Number: \_\_\_\_\_

I understand and agree to notify and receive written approval from Environmental Health Services (EHS) prior to any change in services provided by the commissary indicated below or the commissary location. I do hereby agree to comply with California Health & Safety Code sections pertaining to the approved use of a commissary for the above named food facility.

\_\_\_\_\_  
 (Printed Name of Applicant) (Signature of Applicant) (Date)

**Commissary Information:** *(A copy of the current Health Permit is required for any commissary not located within the County of San Benito County)*

Type of Food Facility:  Commissary  Restaurant  Market  Other \_\_\_\_\_

Commissary Owner Name: \_\_\_\_\_

Commissary Business Name: \_\_\_\_\_

Business Address: \_\_\_\_\_

Business Phone: \_\_\_\_\_ Health Permit No. \_\_\_\_\_ Permit Expiration: \_\_\_\_\_

I, the Commissary Owner/Operator, can and will provide the necessary facilities for this vendor at my permitted food facility as checked below. Prompt written notice of any changes in the use of this commissary will be provided to EHS.

Check  all of the appropriate boxes below.

- Waste disposal  Storage of refrigerated foods (see note below)  Preparation of food  Other: \_\_\_\_\_
- Cleaning/ servicing operation  Storage of produce (see note below)  Storage of supplies
- Toilet & hand washing  Storage dry food (see note below)  Utensil wash
- Potable water fill site  Storage of frozen food (see note below)  Overnight parking

Note: Food products remaining after each day's operation are to be stored only in an approved commissary.

\_\_\_\_\_  
 (Printed Name of Commissary Owner/Operator) (Signature of Commissary Owner/Operator) (Date)

**PUBLIC HEALTH SERVICES**  
 351 Tres Pinos Road, Suite A-202  
 Hollister CA 95023  
 831-637-5367

**ENVIRONMENTAL HEALTH**  
 351 Tres Pinos Road, Suite C-1  
 Hollister CA 95023  
 831-636-4035

**MEDICAL THERAPY UNIT**  
 761 South Street  
 Hollister CA 95023  
 831-637-1989

**HEALTH EDUCATION PROGRAMS**  
 351 Tres Pinos Road, Suite A-202  
 Hollister CA 95023  
 831-637-5367

Autorización de Comisario para Vendedores de Alimentos

El tipo de la facilidad (Verifique [X] la caja apropiada)

- Facilidad móvil de Alimento (MFF) Unidad móvil de Preparación de Alimento (MFPU) Unidad móvil de Apoyo (MSU)
Vendedor de Swap Meet Vendedor de Frutas Y Verduras Vendedor de Annual TFF

Según La Salud De California & Código De Seguridad, todos vendedores del alimento son requeridos a operar fuera de un comisario u otra facilidad aprobados por los Servicios de Salud Ambiental. Esta forma deberá ser completada y se deberá ser sometida a Servicios de Salud Ambiental para la revisión y la aprobación antes de que un permiso de salud se pueda conceder o sea renovado.

Información del Vendedor:

Nombre de dueño:
Nombre de negocio:
Dirección del correo:
Numero de teléfono: ( ) Licencie Plato El Número:
Domicilio Particular:
Teléfono Particular: ( ) Número de Licencie de Manejar:

Yo, entiendo y concuerdo en notifica y recibir la aprobación escrita de los Servicios de Salud Ambiental antes de cualquier cambio de servicios disponibles o la ubicación del comisario. Yo por la presente concuerdo en cumplir con las leyes de el estado de California especificamente las regulaciones que aplican al uso aprobado de un comisario para el negocio móvil mencionado anteriormente.

(Imprima el Nombre de Dueño de Negocio) (La firma de Dueño de Negocio) (Fecha)

Información del Comisario: (Una copia del permiso de salud se requiere para los comisarios localizados fuera del condado de San Benito)

El tipo de la facilidad: [ ] Comisaria [ ] Restaurante [ ] Mercado [ ] Otro
Nombre del Comisario:
Nombre del dueño del Comisario:
Domicilio del Comisario:
Numero de teléfono : ( ) Numero y Condado del Permiso de Salud
Vencimiento del Permiso:

Yo, el dueño/manejador del comisario, puedo y podre disponer las facilidades necesarias para el vendedor mencionado de alimentos en mi negocio permitido por el departamento. Cualquier cambio será comicado en escrito a este departamento lo mas pronto posible. Los siguientes servicios están disponibles de este local: (Verifique [X] la caja apropiada)

- vaciar los tanques de agua sucia el almacenamiento de alimentos refrigerados la preparación de alimento
limpieza de vehiculos el almacenamiento de producto el almacenamiento para provisiones
escuzado y lavamanos el almacenamiento de alimentos secos lavado de utensiles
el agua potable para llenar los tanques el almacenamiento de alimento congelado estacionamiento por la noche
Otro:

\*La nota: productos alimenticios que sobran al fin del día deberán ser almacenados solo en comisario aprobado.

(Imprima el Nombre del propietario de la comisario) (Firma del propietario de la comisaria) (Fecha)