



**County of Santa Cruz Health Services Agency
Environmental Health Division**

701 Ocean Street, Room 312 ❖ Santa Cruz, CA 95060
(831) 454-2022 ❖ Fax (831) 454-3128
<https://www.scceh.org/>

PLAN REVIEW APPLICATION
(Aplicación para Repaso de Planos)

BUSINESS NAME <i>(Nombre del Negocio)</i>			FOR OFFICE USE	
FACILITY ADDRESS <i>(Dirección del Negocio)</i>			REC DATE	
CITY <i>(Ciudad)</i>	STATE <i>(Estado)</i>	ZIP <i>(Código Postal)</i>	PE	AMT
OWNER/ APPLICANT <i>(Nombre del Dueño)</i>			CASH/CHK/MONEY ORDER CHK# _____ DATE _____	
OWNER MAILING ADDRESS <i>(Dirección de Correo del Dueño)</i>			SERVICE REQUEST #	
CITY <i>(Ciudad)</i>	STATE <i>(Estado)</i>	ZIP <i>(Código Postal)</i>	PHONE <i>(Teléfono)</i>	
E-MAIL <i>(Correo Electrónico)</i>				
AUTHORIZED AGENT: ARCHITECT/DESIGNER <i>(Agente Autorizado: Arquitecto/ Diseñador)</i>			CONTACT PERSON <i>(Persona de Contacto)</i>	
PHONE <i>(Teléfono)</i>		E-MAIL <i>(Correo Electrónico)</i>		

TYPE OF PLAN CHECK (CHECK ONE)- <i>Tipo de Repaso de Planos (Marque Uno)</i>	
FIXED FOOD FACILITIES <i>(Establecimientos de Comida Fijos)</i>	<input type="checkbox"/> PE 1710- Food Plan Review (Up to 1500 SQ FT)- <i>Desarrollo de Comida (Hasta 1500 SQ FT)</i> <input type="checkbox"/> PE 1720- Food Plan Review (Over 1500 SQ FT)- <i>Desarrollo de Comida (Mas de 1500 SQ FT)</i> <input type="checkbox"/> PE 1730- Equipment Change or Addition <i>(Cambio o Adición de Equipo)</i> <input type="checkbox"/> PE 1732- Minor Plan Review/ Hourly _____HRS <i>(Repaso de Planos Menor/ por Hora _____ Horas)</i>
MOBILE FOOD FACILITIES <i>(Negocios de Comida Móviles)</i>	<input type="checkbox"/> PE 1732- Minor Plan Review/ Hourly _____HRS <i>(Repaso de Planos Menor/ por Hora _____ Horas)</i>
PUBLIC POOLS AND SPAS <i>(Albercas y Spas Publicos)</i>	<input type="checkbox"/> PE 1741- New or Remodeled Pool/ Spa Plan <i>(Alberca o Spa Nuevo o Remodelado)</i> <input type="checkbox"/> PE 1757- Pool/ Spa Equipment Changes/ Additions <i>(Cambios/Adiciones de Equipo de Alberca/Spa)</i> <input type="checkbox"/> PE 1751- Minor Plan Review/ Hourly _____HRS <i>(Repaso de Planos Menor/ por Hora _____ Horas)</i> <i>(Pool or Spa Resurfacing, Fencing, Deck Replacement)- (Superficie de Alberca o Spa, Cerca o Patio)</i>
BODY ART FACILITIES <i>(Establecimiento de Arte Corporal)</i>	<input type="checkbox"/> PE 1911- Body Art Plan Review/ Hourly _____HRS <i>(Plano para Lugar de Arte Corporal _____ Horas)</i>
OTHER (Otro)	<input type="checkbox"/> PE _____, Hourly _____HRS <i>(Por Hora _____ Horas)</i>

I Certify that I am the Owner-Agent for this facility. By signing this form, the owner is authorizing the agent to legally bind the owner to responsibility for payment of the County's cost for inspections and all other actions related to noncompliance with project approval conditions. By signing this form, the owner is designating the agent as their Agent for Service of Process for all matters relating to this application.

Any refunds will be made to whomever made the payment.

I also acknowledge that the above noted FACILITY REVIEW does not constitute a use or building permit. I must contact the local Planning and Building Department regarding Zoning/ Building Code requirements and restrictions for this property.

Yo certifico que soy el Dueño-Agente para este establecimiento. Al firmar esta forma, el dueño esta autorizando al agente a legalmente hacer al dueño responsable por el costo del Condado de inspección y otras acciones relacionadas a falta de cumplimiento con las condiciones de aprobación del proyecto. Al firmar esta forma, el dueño esta designando al agente como su Agente de Proceso para todos asuntos asociados con esta aplicación.

Cualquier reembolso se hará a quien pago por servicio.

También reconozco que el REPASO DE ESTABLECIMIENTO arriba anotado no constituye un permiso de construcción. Debo contactar el Departamento de Planos y Construcción sobre requisitos de Código de Zonas/ Construcción y restricciones en esta propiedad.

OWNER/ APPLICANT SIGNATURE: _____ DATE: _____

AUTHORIZED AGENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

FACILITY REVIEW APPROVED BY: _____, EHS DATE: _____