



County of Santa Cruz

HEALTH SERVICES AGENCY

Environmental Health Division

701 Ocean St. Room 312, Santa Cruz, CA 95060

(831) 454-2022 TDD/ TTY: Call 711

www.scceh.org



PLAN REVIEW APPLICATION (Aplicación para Repaso de Planos)

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

ATTACHMENTS (Adjuntos)			
☐ OWNER-AGENT FORM- EHD-001 (Forma de Dueño-Agente)	☐ CONSTRUCTION CHECKLIST (Lista de Verificación de Construcción)	☐ PLANS (Planos)	☐ MANUFACTURER SPECIFICATION SHEETS (Especificaciones de Manufacturador)

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

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.

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/AUTHORIZED AGENT SIGNATURE: _____ DATE: _____
(Firma del Dueño/Agente Autorizado) (Fecha)

FACILITY REVIEW APPROVED BY: _____, EHS DATE: _____