

Formulario Para Atender al Entrenamiento De HCPH para Manipular Alimentos



1701 Patricia McCollum Way, Dept. 93
Cincinnati, Ohio 45237 | hcph.org

- INSTRUCCIONES:**
1. Complete este formulario
 2. Firme y ponga la fecha en el formulario
 3. Envíe un cheque o giro postal a nombre de: **HCPH**
 4. Envíe su pago y formulario firmado al menos 10 días antes de la fecha del entrenamiento:
Hamilton County Public Health - EH
1701 Patricia McCollum Way, Dept 93
Cincinnati OH 45237

PORFAVOR ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre del participante:	Fecha de hoy:
Dirección del participante (ciudad, estado, código postal):	Número de teléfono del participante #:
Correo electrónico:	Lugar de empleo:
Fecha del entrenamiento o fecha solicitada:	Hora del entrenamiento o hora solicitada:
Por favor describa cualquier preferencia de lenguaje o barrera (ejemplo: saber leer o escribir, discapacidad auditiva):	

____ **Persona-a-cargo (PIC) Certificación** satisface los requisitos de entrenamiento de Ohio especificado en 370-21-25 /3717-1-2.4. Este es un entrenamiento básico para recibir certificación para manipular alimentos. Cubre los principios básicos de protección de alimentos incluyendo: fuentes de alimentos, higiene del empleado y métodos básicos de salubridad, contaminación cruzada, limpieza e higiene de las instalaciones y utensilios, cocimiento, refrigeración y mantenimiento de temperatura adecuada de alimentos. Para clases que se van a ofrecer en su establecimiento u otro local dentro del Condado de Hamilton se necesita recibir autorización con anticipación. -por favor especifique la dirección del negocio, la hora, y el numero # de participantes.

2 horas @ HCPH \$20.00 _____ **O** **2 horas @ su establecimiento \$100** _____ **# de participantes** _____

____ **Persona-a-cargo (PIC) Certificación** para instituciones sin fines de lucro (non-profit) o institución educacional. Se requiere someter una copia del formulario de exención con este formulario.

2 horas @ HCPH \$0.00 _____ **O** **2 horas @ su establecimiento \$0** _____ **# de participantes** _____

____ **Certificación del Gerente (Manager Certification) SERVSAFE** satisface los requisitos de demostración de conocimiento de la regla 370-21-25 / 3717-1-02.4. Este entrenamiento cubre en profundidad temas como microbiología, higiene del empleado, fuentes de alimentos, almacenamiento de alimentos, preparación de alimentos, servicio seguro de alimentos, sistemas de administración, instalaciones seguras, manejo de plagas, y limpieza e higiene de las instalaciones. **El examen está incluido.** Tiene que pasar el examen para recibir la certificación. Para clases que se van a ofrecer en su establecimiento u otro local dentro del Condado de Hamilton se necesita recibir autorización con anticipación

2 Días @ HCPH \$175.00 _____ **O** **2 Días en su establecimiento a \$175.00 por participantes #** _____

____ **Certificación del Gerente (Manager Certification) SERVSAFE- Examen solamente** satisface los requisitos de demostración de conocimiento de la regla 370-21-25 / 3717-1-02.4. Tiene que pasar el examen para recibir la certificación. Si está presentando el examen por primera vez, tiene que presentar documentación/prueba al procurador de haber tomado el entrenamiento aprobado de Certificación de Administrador por internet antes de tomar el examen.

Para tomar el examen otra vez \$50.00 _____ **O** **Primera vez presentando el examen \$50.00** _____ **(tiene que presentar documentación/prueba)**

El calendario de clases está en nuestro website www.hcph.org. La aplicación y el pago tiene que ser recibidos para poder asegurar su puesto en la clase. Por favor llamar al (513) 946-7847 con preguntas sobre las clases. HCPH usa ServSafe® para la clase de Certificación del Administrador & el examen. Si necesita servicio especial para el examen de ServSafe® o un idioma en específico, la solicitud tiene que ser hecha 14 días antes de la clase.

POLIZADE REEMBOLSO Y CANCELACION: Para recibir reembolso de su registro, las cancelaciones tienen que ser recibidas 10 días antes de la fecha de su clase. Todas las peticiones de reembolso deben ser sometidas en escrito y al HCPH. Si tiene preguntas por favor llame al 946-7847.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta porción del formulario será completada por el Departamento de Salud:

Payment Received Date:	Amount Received:	Receipt Number:	Processed By:
------------------------	------------------	-----------------	---------------



Rev 12/16/22