



# 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](http://www.scceh.org)



## RECREATIONAL WATER FACILITY HEALTH PERMIT APPLICATION

*(Aplicación Para Permiso de Facilidades de Recreación Acuática)*

|                                                                             |                   |                                |                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|-----|
| BUSINESS/COMPLEX NAME<br>(Nombre del Negocio/Complejo)                      |                   |                                | FOR OFFICE USE<br>(Para Uso de Oficina)       |     |
| FACILITY ADDRESS<br>(Dirección de la Facilidades)                           |                   |                                | REC DATE                                      |     |
| OWNER NAME<br>(Nombre de Dueño)                                             |                   |                                | PE                                            | AMT |
| OWNER MAILING ADDRESS<br>(Dirección de Correo del Dueño)                    |                   |                                | CASH/CHK/MONEY ORDER<br>CHK# _____ DATE _____ |     |
| CITY<br>(Ciudad)                                                            | STATE<br>(Estado) | ZIP<br>(Código Postal)         | RECORD ID                                     |     |
| PHONE<br>(Teléfono)                                                         |                   | E-MAIL<br>(Correo electrónico) |                                               |     |
| NAME OF PROPERTY MANAGER<br>(Nombre del Gerente de la Propiedad)            |                   |                                |                                               |     |
| PROPERTY MANAGER ADDRESS<br>(Dirección del Gerente de la Propiedad)         |                   |                                |                                               |     |
| CITY<br>(Ciudad)                                                            | STATE<br>(Estado) | ZIP<br>(Código Postal)         | PHONE<br>(Teléfono)                           |     |
| PROPERTY MANAGER E-MAIL<br>(Correo Electrónico del Gerente de la propiedad) |                   |                                |                                               |     |

### ATTACHMENTS FOR INC. or LLC. ONLY (Adjuntos Solo para INC. o LLC.)

☐ ARTICLES OF ORGANIZATION OR INCORPORATION (FOR INC. OR LLC.) (Artículos de Organización o Incorporación- Para LLC o INC.)

### RECREATIONAL FACILITIES -MARK ALL THAT APPLY (Tipo De Facilidades Recreacionales- Marque Todas los que Aplican)

|                          |                                                                                         |                                                                            |                                                                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | YEAR-ROUND POOL<br>(Alberca de Año Completo)                                            | <input type="checkbox"/>                                                   | YEAR-ROUND SPA<br>(Spa de Año Completo)                                                |
| <input type="checkbox"/> | SEASONAL POOL - OPERATES 6 MONTHS OR LESS<br>(Alberca Temporal – Opera 6 meses o menos) | <input type="checkbox"/>                                                   | SEASONAL SPA - OPERATES 6 MONTHS OF LESS<br>(Alberca Temporal – Opera 6 meses o menos) |
| <input type="checkbox"/> | SPRAY GROUND<br>(Fuentes de Agua)                                                       | <input type="checkbox"/>                                                   | WADING POOL<br>(Alberca Infantil)                                                      |
| <input type="checkbox"/> | SWIMMING POOL AT AN ORGANIZED CAMP<br>(Alberca en un Campamento Organizado)             | <input type="checkbox"/>                                                   | SPA AT AN ORGANIZED CAMP<br>(Spa en un Campamento Organizado)                          |
| <input type="checkbox"/> | SPECIAL USE POOL<br>(Alberca de Uso Especial)                                           | <input type="checkbox"/>                                                   | INACTIVE POOL<br>(Alberca de Inactiva)                                                 |
| <input type="checkbox"/> | OTHER:<br>(Otro):                                                                       | NAME OF FACILITY IF MULTIPLE<br>(Nombre de la instalación si hay múltiple) |                                                                                        |

A permit will not be issued or renewed until the application is complete, all fees have been paid in full, and/or all applicable inspections have been passed. The undersigned certifies, under penalty of perjury, that to the best of his/her knowledge and belief, the statements made herein are correct, and true. (Un permiso no se emitirá o renovará hasta que la aplicación esté completa, la cuota se ha pagado por completo, y/o todas las inspecciones que aplican han pasado. El abajo firmante certifica, bajo pena de perjurio, que, al mejor de su conocimiento y creencia, las declaraciones hechas aquí son correctas y verdaderas.)

OWNER SIGNATURE (Firma de Dueño): \_\_\_\_\_ TITLE (Titulo): \_\_\_\_\_ DATE (Fecha): \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE (Para Uso de Oficina)

HEALTH PERMIT APPROVED BY (Permiso Approbator por): \_\_\_\_\_, EHS DATE (Fecha): \_\_\_\_\_

## **RECREATIONAL WATER FACILITY PERMITTING ACKNOWLEDGEMENTS**

*(Acuerdos de Permiso de Facilidad de Recreación Acuática)*

**BUSINESS/ COMPLEX NAME:**

*(Nombre de Negocio/ Complejo)* \_\_\_\_\_

**Please review the following conditions for permitting. By signing below, you agree to the following:**

*Por favor revise las condiciones para permiso abajo. Al firmar abajo, está de acuerdo con lo siguiente:*

### **Administrative Conditions (Condiciones Administrativas):**

- 1. Recreational facility permits are operator, facility, and site specific and non-transferable. A change of ownership will activate need for a new application.** *(El permiso de recreación acuática es específico al operador, unida, y el sitio no es transferible. Un cambio de dueño activa la necesidad de nuevo permiso.)*
- 2. I must pay the annual permit fee before my permit expires. I will be subject to late fees and facility closure if my account is delinquent.** *(Debo pagar mi permiso anual antes de que se venza. Me pueden cobrar multas y cerrarme si mi cuenta tiene pagos pendientes.)*
- 3. I must notify the Santa Cruz County Environmental Health Division of any change in the type of business /complex, name, billing address, or ownership by calling the number above.** *(Debo notificar al Departamento de Salubridad de Santa Cruz si hay cambio en el tipo de servicio, nombre, dirección de envío, o dueño, hablando al número arriba.)*
- 4. Any information contained in this application and any Environmental Health Division reports are public records and are available to the public under the California Public Records Act.** *(Cualquier información contenida en esta aplicación y reportes de Salubridad son información pública y están disponibles bajo la Ley de Registros Públicos.)*

### **Compliance and Inspection (Cumplimiento e inspección):**

- 5. I must comply with all applicable state and local regulations, laws, ordinances, and codes.** *(Debo cumplir con todas las regulaciones, leyes, ordenanzas, y códigos estatales y locales que aplican.)*
- 6. I will be subject to unannounced inspection by the Santa Cruz County Environmental Health Division to verify compliance. Inspection staff will provide identification (badge or business card) upon request.** *(Estoy sujeto a inspección por parte del Departamento de Salubridad del Condado de Santa Cruz para verificar cumplimiento. El personal de inspección me proveerá verificación de identidad (placa o tarjeta si la pido.)*
- 7. I am aware that inspection staff may request documentation related to an inspection or investigation, take pictures, collect samples, or impound equipment.** *(Estoy consciente que el inspector puede pedir documentación relacionada a la inspección o investigación, tomar fotografías, tomar muestras, desechar producto, o confiscar comida y/o equipo.)*
- 8. I may be issued violation notices, charged re-inspection fees, referred to another agency, and/or be subject to closure if I am found to be out of compliance with pool and spa safety regulations.** *(Me pueden emitir una notificación de violación, cobrarme cargos de reinspección, referirme a otra agencia, y/o cerrarme si me encuentran fuera de cumplimiento con las regulaciones de seguridad de albercas y spas.)*

### **Operational Requirements (Requisitos de Operación):**

- 9. I shall ensure that the pool/spa is under the supervision of a pool operator and pool chemistry is checked as required.** *(Aseguraré que la alberca/spa está bajo supervisión de un operador de albercas y la química se verifica como debido.)*
- 10. No pool employee or pool user who has a communicable disease while in infectious state or while having symptoms of cough, cold sore, or nasal or ear discharge, or wearing bandages shall enter the pool water unless it is cleared by a physician. Communicable illnesses include, but are not limited to the following:** *(Ningún empleado o usuario de la alberca puede entrar al agua si tienen una enfermedad comunitaria en estado infeccioso o si tienen síntomas de toz, herpes labial, descargo de nariz u oídos, o con vendaje. Enfermedades comunitarias incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:)*
  - Cryptosporidium
  - Giardia
  - Legionnaire's Disease
  - Pseudomonas Aeruginosa
- 11. I must notify EHD if two or more lifeguards or pool users report diarrhea within 5 days of each other.** *(Notificaré a EHD si dos o más salvavidas o usuarios de la alberca reportan diarrea dentro de una temporada de 5 días.)*
- 12. I will voluntarily close and discontinue operation when the pool's anti-entrapment systems are compromised, the water chemistry cannot be maintained, the main drain is not visible from the pool deck, after a fecal, vomit or blood incident, or if pool safety cannot otherwise be secured.** *(Cerraré voluntariamente y descontinuaré servicio si el sistema de anti-entrapamiento esta comprometido, la química del agua no se puede mantener, el cubierto al fondo de la alberca o no es visible del deck, después de un incidente de fecal, vomito, o sangre, o si no se puede asegurar la seguridad de la alberca.)*

### **Equipment and Facility Changes (Cambios de Equipo y de la Instalación):**

- 13. I must obtain approval from the Santa Cruz County Environmental Health Division prior to changing/ adding equipment or making modifications to the pool facility. Plans and additional permits may be required to undertake changes.** *(Debo obtener aprobación del Departamento de Salubridad del Condado de Santa Cruz antes de cambiar/ añadir equipo, o hacer modificaciones a la instalación de alberca. Se puede requerir planos y permisos en adición para hacer cambios.)*

**Signature:** \_\_\_\_\_

*(Firma)*

**Date:** \_\_\_\_\_

*(Fecha)*

**Name:** \_\_\_\_\_

*(Nombre)*