



**HENRY
COUNTY
HEALTH
DEPARTMENT**

1843 Oakwood Avenue
Napoleon, Ohio 43545
Phone: (419) 599-5545
Fax: (419) 592-6400
E-mail: env@henrycohd.org

Sistema de tratamiento de aguas negras de hogar Aplicación de evaluación de sitio



Como requisito de sección 3701-29-09 del OAC, se tiene que entregar lo siguiente:

- Una Evaluación de tierra completada según la regla 3701-29-07 del Código administrativo
 - Un evaluador calificado tiene que llevar a cabo una examinación de las tierras en tu propiedad y proveerá información detallada en un informe. Una lista de profesionales calificados que han indicado que están disponibles de llevar a cabo evaluaciones de tierra se encuentra en nuestra Lista de profesionales de sistemas de tratamiento de aguas negras en nuestro sitio web.
- Un diseño de Sistema de tratamiento de aguas negras completo según 3701-29-10 del Código administrativo
 - Un plan de diseño de sistema tiene que ser provisto por repaso por el Departamento de Salud. Es un plan detallado que muestra el plano y componentes del sistema planeados y cómo el tratamiento de aguas negras adecuado será logrado en las condiciones de tierra presentadas en la propiedad. Una lista de profesionales calificados que han indicado que están disponibles de hacer diseño de sistema de tratamiento de aguas negras se encuentra en nuestra Lista de profesionales de sistemas de tratamiento de aguas negras.
- **Entregar la Evaluación de tierra y el diseño de Sistema de tratamiento de aguas negras por email a env@henrycohd.org**

El departamento de salud empezará a trabajar en tu aplicación al recibir la evaluación de tierra y diseño.

Ubicación de propiedad: Si no hay dirección, da una descripción precisa de la ubicación:		Municipio/Township:
Dirección de calle de la propiedad que será evaluada, si se sabe:	Ciudad:	Código postal:
Nombre de dueño/a de la propiedad	Email:	
Dirección de correo de dueño/a, Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono:

Si alguien que no es el/la dueño/a de la propiedad debe recibir los resultados de esta evaluación, favor de escribir su nombre y email.

Nombre:	Email:
---------	--------

Lee lo siguiente, firma y escribe la fecha de esta aplicación.

Por entregar esta aplicación, les autorizo a los representantes del Departamento de Salud del Condado Henry que entren en la propiedad mencionada en la parte superior por el propósito de llevar a cabo una evaluación de sitio. Además, estoy de acuerdo que se tiene que obtener un permiso de instalar (aplicación y tarifa adicionales) antes de que empiece cualquier trabajo.

Firma de dueño/aplicante	Fecha
--------------------------	-------

-----OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE-----

Site Evaluation Fee: \$350	Date Paid:	Rec. #	Site Eval #
-----------------------------------	------------	--------	-------------