

# Prevención y promoción de la salud

## Solicitud de Renovación de Licencia para la venta al por menor de tabaco

Renovación de licencia – Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AAAA

Negocio existente, Nuevo propietario - Entrada en vigencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\*Comprobante de cambio de propietario MM DD AAAA

**Office use only (Para uso  
exclusivo de la oficina):**

Facility # (Establecimiento N°):  
\_\_\_\_\_

### Información del establecimiento *(Escribir a máquina o en letra imprenta)*

Razón social o denominación del establecimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado el nombre de su establecimiento?  Sí  No Núm. tienda: \_\_\_\_\_

Correo electrónico laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección del sitio web del establecimiento: \_\_\_\_\_

Días y horas de servicio: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Total de ventas anuales de tabaco:  \$0–\$100,000  \$100,001–\$249,000  \$250,000–\$399,999  \$400,000–\$699,000

\$700,000 y más

Número de empleados:  1-4  5-9  10-24  25-99  100-249  250+

#### **Tipo de establecimiento** (Marque todas las opciones que correspondan)

Bar/Restaurante  Minisúper o tienda de conveniencia  Gasolinera  Supermercado  Licorería  Farmacia

Tabaquería  Tienda de vapor  Otro: \_\_\_\_\_

#### **Productos vendidos** (Marque todos los que correspondan)

Cigarros  Minipuros  Puros  Tabaco sin humo  Tabaco suelto (para liar)

Papel para enrollar tabaco (Blunt Wraps)  Cigarros electrónicos/productos con nicotina para “vapear”  Hookah o Shisha

Otros productos: \_\_\_\_\_

### Propietario del establecimiento al por menor

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido: \_\_\_\_\_

*Complete la siguiente sección para ayudar al Condado de Multnomah a servir a la comunidad minorista.*

Idioma preferido:  Inglés  Coreano  Chino  Ruso  Somalí  Español  Vietnamita  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su raza u origen? Marque todas las casillas que correspondan.

Africano  Latino/hispano  Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico  Negro/afroestadounidense  Eslavo

Asiático  Oriente Medio  Indígena estadounidense o indígena de Alaska  Blanco  Prefiero no contestar

Otro: \_\_\_\_\_

# Prevención y promoción de la salud

## Solicitante Igual que el propietario del establecimiento al por menor

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre de la organización: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido: \_\_\_\_\_

## Contacto de facturación Igual que el propietario del establecimiento al por menor

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre de la organización: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido: \_\_\_\_\_

## Declaración

Toda solicitud de una Licencia para la venta al por menor de tabaco deberá incluir una afirmación firmada que indique que el propietario del establecimiento al por menor está informado acerca de las leyes que afectan la Licencia para la venta al por menor de tabaco, conforme a lo dispuesto en la Sección del Código 21.564 del Condado de Multnomah. Se requiere una afirmación firmada para cada ubicación donde los productos de tabaco estén disponibles para la venta o intercambio al por menor. Es responsabilidad del propietario del establecimiento al por menor asegurarse de que todos los empleados y socios minoristas que venden productos de tabaco estén informados y capacitados para cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales de venta al por menor de tabaco relacionadas con esta licencia. Para su información, se le han proporcionado materiales educativos sobre las leyes federales, estatales y locales de venta al por menor de tabaco junto con esta solicitud.

Yo, (nombre completo impreso del propietario del establecimiento al por menor) \_\_\_\_\_, estoy informado sobre las leyes de tabaco que afectan la Licencia para la venta al por menor de tabaco del Condado de Multnomah y capacitaré a todo el personal que vende productos de tabaco sobre estas leyes.

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario del establecimiento al por menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Para enviar una solicitud y un derecho de licencia de \$683

(Se requiere una solicitud completa y el pago para procesar su solicitud)

**Por correo:** Envíe la solicitud completada junto con un cheque o giro postal por la cantidad de \$683 a:  
Tobacco Control and Prevention Program, ATTN: TRL, 847 NE 19th Ave, Ste 350, Portland OR 97232.

**Cheques pagaderos a:** Condado de Multnomah.

\*Horario de oficina: Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Cerrada todos los días feriados principales.

**Preguntas:** Comuníquese con nosotros al 503-988-4163 o visite [mhealthinspect.org](http://mhealthinspect.org)