



Island County Public Health

Dirección postal: 1 NE 7th Street, Coupeville, WA 98239

Dirección física: 1 NE 6th Street, Coupeville, WA 98239

Tel.: Whidbey 360-679-7350 | Camano 360-678-8261 | N Whidbey 360-240-5554

Correo electrónico: publichealth@islandcountywa.gov | www.islandcountywa.gov

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE AGUA

Devuelva la Solicitud de verificación de disponibilidad de agua original completa y el cargo a Salud Pública del condado de Island (Island County Public Health) para revisión/aprobación.

SISTEMAS PÚBLICOS DE AGUA (dos o más conexiones)

Cargo actual obligatorio

N.º de recibo _____

N.º de solicitud _____

Nombre del solicitante _____ Teléfono _____

Dirección postal _____

Ciudad/estado/código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Número de parcela _____

Tipo de propuesta

Nueva construcción en una parcela vacía

Reemplazo de residencia existente

Remodelación de residencia existente

Otros (ADU, conexión comercial) _____

Esta sección la debe completar el proveedor de agua con **tinta azul**. También se acepta una carta adjunta, firmada por el proveedor, con la siguiente información. *Para un sistema de agua de 2 partes, se deben presentar los resultados recientes de las pruebas de agua de bacterias (en los últimos 12 meses) y nitratos (en los últimos 3 años).*

La parcela que se menciona arriba está en el área de servicio autorizada del _____ sistema público de agua, n.º de identificación de PWS _____. Este sistema tiene la capacidad aprobada y está dispuesto a suministrar una conexión residencial. El sistema público de agua mencionado arriba se aprobó para _____ conexiones de servicio en _____ (mes/año). Actualmente, presta servicio a _____ conexiones activas con _____ conexiones comprometidas, pero no presta servicio a una residencia. Las instalaciones del sistema de agua necesarias para prestar servicios adecuadamente a este lugar se diseñaron, aprobaron e instalaron según WAC 246-290 o WAC 246-291.

Firma del inspector (**tinta azul**) _____ Fecha _____

Nombre de la firma en letra de molde _____ Teléfono _____

Dirección postal _____

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD LOCAL

El Departamento de Salud del condado de Island revisó la información disponible relacionada con la adecuación del agua para la parcela número _____. Esta oficina encuentra que sí **hay** agua adecuada según I.C.C. 8.09.

Verificación _____ Fecha _____

☐ Si se verifica, la aprobación del agua está condicionada a lo siguiente: