



<i>Office Use</i>			
Case # _____	Date _____	Initial _____	
Amt _____	Check # _____	Code _____	Receipt # _____

SEPTIC CLEARANCE APPLICATION

PARCEL #: _____ **Site Address:** _____

Yakima Co. Building Case Number: _____ **Project Description:** _____

Applicant Information:

Owner Information (if different):

Company Name:	Owner Name:
Address:	Address:
City, State, Zip:	City, State, Zip:
Phone:	Phone:
Email:	Email:
Contact information (if different from above):	

Required: ☐ **Complete site plan with structures, septic components, and measurements clearly represented**

- Lot Size (acres/square feet): _____
- Building Type:
 - ☐ Residential – # Bedrooms: _____ # Residents: _____
 - ☐ Commercial – # Employees: _____ # Patrons per Day: _____
 - ☐ Daycare – # Children: _____ # Workers: _____ # Residents: _____
 - ☐ Other: _____
- Water Source: ☐ Individual Well ☐ Shared Well ☐ Community/Public System
 Name of public water system (if applicable): _____ ID # _____
- Is City Sewer available? ☐ No ☐ Yes – Distance: _____ ft

Service and Fees			
Clearly mark your selection(s) in the right column			
FIRST STEP: Document Review	H_HOS033	\$40	☐
SECOND STEP: Site Visit <i>Required if septic records are unavailable/inconclusive</i>	H_HOS034	\$109	☐
Existing System Evaluation <i>Required if septic records are unavailable/inconclusive and the building's potential sewage flow is increasing (e.g. adding bedrooms or changing use)</i>	H_HOS019	\$410	☐
Hourly Rate for Extended Services	H_HOS009	\$149	☐

Applicant Signature _____ **Date** _____

My signature certifies that this information is accurate to the best of my knowledge. I grant permission for the Yakima Health District to make reviews or inspections required by the permit process. I understand that this application will become part of the public record, and that any decision made by the Yakima Health District may be appealed provided that the appeal is made in writing and delivered to the Health District within 30 days of the decision. I also understand that supplying incorrect and/or incomplete information may result in delays in completing your requests, permit revocation, and/or additional costs.

Revised 102424



Office Use

Case # _____ Date _____ Initial _____
Amt _____ Check # _____ Code _____ Receipt # _____

SOLICITUD PARA REVISAR LOS RECUERDOS DEL SISTEMA SÉPTICO

DE PARCELA: _____ Dirección del sitio: _____

Número de Caso del condado: _____ Descripción del Proyecto: _____

Información del solicitante:

Información del propietario (si es diferente):

Nombre de la empresa:	Nombre del propietario:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Teléfono:	Teléfono:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Información de contacto (si es diferente):	

Se requiere: ☐ Plano completo del sitio con estructuras, componentes sépticos y medidas claras

- Tamaño del lote (acres/pies cuadrados): _____
- Tipo de edificio: ☐ Residencial – # Recámaras: _____ # Residentes: _____
☐ Comercial – # Empleados: _____ # Clientes por día: _____
☐ Guardería – # Niños: _____ # Trabajadores: _____ # Residentes: _____
☐ Otro: _____
- Fuente de agua: ☐ Pozo individual ☐ Pozo compartido ☐ Sistema comunitario/público
Nombre del sistema público de agua (si corresponde): _____ ID # _____
- ¿Está disponible el alcantarillado de la ciudad? ☐ No ☐ Sí – Distancia: _____ ft

Servicio y tarifas			
Marque claramente su(s) selección(es) en la columna de la derecha			
PRIMER PASO: Revisión de documentos	H_HOS033	\$40	☐
SEGUNDO PASO: Visita al sitio <i>Requerido si los registros sépticos no están disponibles o no son concluyentes</i>	H_HOS034	\$109	☐
Evaluación del sistema existente <i>Se requiere si los registros sépticos no están disponibles o no son concluyentes y la capacidad del edificio está aumentando.</i>	H_HOS019	\$410	☐
Tarifa por hora para servicios extendidos	H_HOS009	\$149	☐

Firma del solicitante _____ fecha _____

Mi firma certifica que esta información es precisa a mi leal saber y entender. Otorgo permiso para que el Distrito de Salud de Yakima realice revisiones o inspecciones requeridas por el proceso de permisos. Entiendo que esta solicitud se convertirá en parte del registro público, y que cualquier decisión tomada por el Distrito de Salud de Yakima puede ser apelada siempre que la apelación se haga por escrito y se entregue al Distrito de Salud dentro de los 30 días posteriores a la decisión. También entiendo que proporcionar información incorrecta y/o incompleta puede resultar en demoras en completar sus solicitudes, revocación de permisos y/o costos adicionales.