



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

PLAT REVIEW APPLICATION

PARCEL #(s): _____

Site Address: _____

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):	

Lot Information			Water Source	Sewage Disposal
Lot #	Lot Size	Existing Residence?	Individual Well Shared Well Community Well City Water System	Individual Septic Shared Septic Community Septic City Sewer

1. Name of public water system(s) (if applicable): _____ ID #(s) _____
2. Which lots, if any, do you intend to build on once this plat is approved? _____
3. Is City Sewer available? ☐ No ☐ Yes – Distance: _____ ft

Service and Fees			
Clearly mark your selection(s) in the right column			
Test Holes Ready? ☐ Yes ☐ No: call (509) 249-6508 when ready			
Plat Review	H_HPT001	\$410	☐
Hourly Rate for Extended Services	H_HPT002	\$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 DE REVISIÓN DE PLANOS PARA SUBDIVISIONES

DE PARCELA(s): _____

Dirección del sitio: _____

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):	

Información del lote			Fuente de agua	Eliminación de aguas residuales
Número de lote	Tamaño del lote	¿Existe una residencia?	Pozo individual Pozo compartido Pozo de la comunidad Sistema de agua de la ciudad	Séptico individual Fosa séptica compartida Fosa séptica comunitaria Alcantarillado de la ciudad

- Nombre del (los) sistema(s) público(s) de agua (si corresponde): _____
#(s) de identificación _____
- ¿En qué lotes, si los hay, tiene la intención de construir una vez que se apruebe este plano? _____
- ¿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

¿Los pozos de prueba están listos? ☐ Sí ☐ No: llame al (509) 249-6508 cuando esté listo

Revisión de subdivisión	H_HPT001	\$410	☐
Tarifa por hora para servicios extendidos	H_HPT002	\$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.