



Department of Code Compliance  
 Consumer Health Division  
 7901 Goforth Rd, Dallas, TX 75238  
 214-670-8083

**FOR OFFICE USE ONLY**

Cert #: \_\_\_\_\_ INV #: \_\_\_\_\_ CK #: \_\_\_\_\_

Prov. Cert Date: \_\_\_\_\_ Expires: \_\_\_\_\_ COD Date: \_\_\_\_\_

Mailed To: (Circle One) Home or Facility Date: \_\_\_\_\_

Picked up by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Registered Food Service Manager (RFSM) Application**

**Submit Application (Printed copy), State Certificate, Government Issued Identification Card, And Fee to the address above.**

**(Name on certificate must match name on identification card)**

**Enviar Aplicación, Certificado del Estado, Copia de la tarjeta de identificación emitida por el gobierno, y la cuota a la dirección antes mencionada.**

**The City of Dallas does not accept payments in the field.**

**La Ciudad de Dallas no acepta pagos en el sitio.**

Name/Nombre \_\_\_\_\_  
 Last (Apellido) \_\_\_\_\_ First (Nombre) \_\_\_\_\_ Initial (Inicial) \_\_\_\_\_

**Business Establishment Information/ Información del Negocio**

**\*\*RFSM Certificate will be mailed to home address unless otherwise requested. \*\*  
 \*\*Certificado será enviado por correo a su domicilio a menos que se solicite lo contrario. \*\***

Name/Nombre \_\_\_\_\_

Address/Domicilio \_\_\_\_\_ Dallas, TX \_\_\_\_\_ Telephone/Teléfono \_\_\_\_\_

**Employee Information/ Información del Empleado**

Address/Domicilio \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad \_\_\_\_\_ Zip Code/Código postal \_\_\_\_\_

Telephone/Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha De Nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

- First time Registration. *Inscripción inicial.*
- Re-certification of Previous Permit (Blue Certificate) *Recertificación de permiso previo* # \_\_\_\_\_

All fees associated with this application are non-refundable. I understand that giving false information will be grounds for revocation of the registration certificate. I hereby certify the above information is true and accurate.

*Todos los cargos asociados con esta aplicación no son reembolsables. Entiendo que dar información falsa será motivo de revocación del permiso de registro. Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y exacta.*

I understand the City of Dallas cannot supersede the expiration date of the state/ national certificate.

Entiendo que la Ciudad de Dallas no puede reemplazar a la fecha de expiración del certificado del estado/ nacional.

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/ Fecha \_\_\_\_\_