



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

ADEQUATE WATER DETERMINATION APPLICATION

PARCEL #: _____ **Well Site Location:** _____

Required: ☐ Nitrate (within 12 months) and Bacteria (within 6 months) Results
☐ Well Log or Pumper's Report (*static water level, depth, pump set, output*)

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

If there are multiple connections to the well, or if this well will serve a commercial use, contact YHD regarding the necessary steps for approval

- ☐ Existing Well ☐ Proposed New Well
- List tax parcel number for the lot served or proposed to be served by this system:

Service and Fees			
Clearly mark your selection in the right column			
Adequate Water Determination – Individual/Private Well Only	\$80	H_H2O011	☐
Hourly Rate for Extended Services	\$140	H_H2O007	☐

Our review of your water system does not confer or guarantee any right for you to withdraw or divert groundwater. Contact your local planning department, the Washington State Department of Ecology, or the Yakama Nation for more information about your legal rights to use groundwater. Our approved number of service connections is based on your representation of available water quantity and may be reduced commensurate with your actual legal right to withdraw groundwater.

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.

Applicant Signature _____ **Date** _____

Revised 102324



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

APLICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADECUADA DEL AGUA

DE PARCELA: _____ Ubicación del pozo: _____

- Requisito: ☐ Resultados de las pruebas de nitrato y bacterias coliformes
(en los últimos 12 meses)
☐ Registro de pozo o informe del bombeador
(nivel de agua estático, profundidad, conjunto de bombas, salida)

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

Si hay múltiples conexiones al pozo, o si este pozo servirá un uso comercial, comuníquese con YHD para conocer los pasos necesarios para la aprobación

- ☐ Pozo existente ☐ Nuevo pozo propuesto
- Enumere el número de parcela del lote servido o que planea recibir servicio de este sistema: _____

Servicio y tarifas			
Marque claramente su selección en la columna de la derecha			
Determinación adecuada del agua: solo pozo individual / privado	\$80	H_H2O011	☐
Tarifa por hora para servicios extendidos	\$140	H_H2O007	☐

Nuestra revisión de su sistema de agua no le confiere ni garantiza ningún derecho a extraer o desviar aguas subterráneas. Comuníquese con tu departamento de planificación local, el Departamento de Ecología del Estado de Washington o la Nación Yakima para obtener más información sobre tus derechos legales a usar el agua subterránea. Nuestro número aprobado de conexiones de servicio se basa en su representación de la cantidad de agua disponible y puede reducirse de acuerdo con su derecho legal real a extraer agua subterránea.

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.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Revised 102324