



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

SHARED WELL REVIEW APPLICATION

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

Required Attachments:

- ☐ Nitrate (within 12 months) and Bacteria (within 6 months) Results
- ☐ Well Log or Pumper's Report (*static water level, depth, pump set, output*)
- ☐ Site Plan
- ☐ Recorded Covenants & Water Users' Agreement

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 Yakima 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.

☐ **I have read and understand the above information regarding water rights.**

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):	

1. ☐ Existing Well ☐ Proposed New Well
2. Type of Use: ☐ Residential ☐ Commercial ☐ Other: _____
3. Current number of connections: _____
4. List tax parcel numbers (or proposed subdivision lots) served and proposed to be served by this system: _____

Service and Fees			
Clearly mark your selection in the right column			
FIRST STEP: Well Site Review/Inspection	\$140	H_H2O009	☐
SECOND STEP: 2-Party Well Review (requires site approval)	\$140	H_H2O001	☐

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 REVISIÓN DE POZOS COMPARTIDOS

DE PARCELA: _____ Ubicación del pozo: _____

Documentos requeridos:

- ☐ Resultados de nitratos y bacterias (en los últimos 12 meses)
- ☐ Registro del pozo o informe del servicio de bombeo (*nivel estático del agua, profundidad, instalación de la bomba, capacidad de producción*)
- ☐ Plan del sitio
- ☐ Convenios Registrados y Acuerdo de Usuarios de Agua

Nuestra revisión de su sistema de agua no le confiere ni garantiza ningún derecho a extraer o desviar aguas subterráneas. Comuníquese con el departamento de planificación local, el Departamento de Ecología del Estado de Washington o la Nación Yakama 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 para extraer agua subterránea.

☐ He leído y entiendo la información anterior sobre los derechos de agua.

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 difiere de la anterior):	

- ☐ Pozo Existente ☐ Pozo Nuevo Propuesto
- Tipo de Uso: ☐ Residencial ☐ Comercial ☐ Otros: _____
- Número actual de conexiones: _____

Enumere los números de parcela de los lotes servidos y propuestos para ser servidos por este sistema: _____

Servicio y tarifas			
Marque claramente su selección en la columna de la derecha			
PRIMER PASO: Revisión/Inspección del Sitio del Pozo	\$140	H_H2O009	☐
SEGUNDO PASO: Revisión de pozo compartido entre dos usuarios (requiere la aprobación del sitio)	\$140	H_H2O001	☐

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 _____