



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

WATER SYSTEM REVIEW LETTER APPLICATION

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

REQUIRED: Attach a copy of the proposed subdivision map. Mark the location(s) of any proposed or existing wells, septic systems, lot lines, and lot sizes.

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):	

- ☐ Existing Well ☐ Proposed New Well
- Type of Use: ☐ Residential ☐ Commercial ☐ Other: _____
- Name of water system (if applicable): _____ ID # _____
- Current number of connections used: _____ Number of connections proposed: _____
- List tax parcel numbers for lots served and proposed to be served by this system:

Service and Fees			
Clearly mark your selection in the right column			
Water System Review Letter for Subdivision (no site visit required)	\$80	H_H2O003	☐
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 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.

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 # _____

SOLICITUD PARA UNA CARTA REVISIÓN DE AGUA PARA SUBDIVISIONES

DE PARCELA: _____ Ubicación del pozo: _____

OBLIGATORIO: Adjunte una copia del mapa de subdivisión propuesto. Marque la(s) ubicación(es) de cualquier pozo propuesto o existente.

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):	

- ☐ Pozo Existente ☐ Nuevo Pozo Propuesto
- Tipo de Uso: ☐ Residencial ☐ Comercial ☐ Otros: _____
- Nombre del sistema de agua (si corresponde): _____ ID # _____
- Número actual de conexiones utilizadas: _____ Número de conexiones propuestas: _____
Enumere los números de parcela fiscal 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			
Carta de revisión del sistema de agua para la subdivisión (no se requiere visita al sitio)	\$80	H_H2O003	☐
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 _____

Revisado 102324