

AVISO A LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE AGUA

VIOLACIÓN DEL MONITOREO DE LOS SUBPRODUCTOS DE LA DESINFECCIÓN

Nosotros, el sistema del agua _____, con numero de identificación _____, situado en el condado de _____ estamos obligados a monitorear regularmente su agua potable por contaminantes específicos. Los resultados del monitoreo indican si su agua potable cumple o no con las normas de salud. Durante el(los) mes(es) de _____ o los cuartos de _____ en el año de _____ no realizamos monitoreo ni pruebas del agua para el total de los trihalometanos, los haloácidos, o bromatos y por lo tanto no podemos asegurar la calidad de su agua potable durante ese tiempo.

En este momento:

- No se requiere ninguna acción de los usuarios.
- Colectaremos las muestras en el futuro según la norma.
- Otra información para los usuarios:

Por más información, contacte a _____ al (_____) _____ o en _____.
(Dueño / operador) (Número de teléfono) (Dirección)

Por favor comparte esta información con otras personas que pudieran tomar agua de este sistema, especialmente con aquellos que no hayan recibido este aviso directamente (por ejemplo, las personas que viven en apartamentos, hospicios para ancianos, escuelas y negocios). Puede hacerlo colocando este aviso en un lugar público o entregando copias en persona o por correo.

Este aviso le fue enviado por el sistema de agua _____ el ___/___/___.

Formulario de certificación de la notificación al público del monitoreo de los subproductos de la desinfección

El propósito de este formulario (abajo) es documentar para el departamento que el aviso público fue distribuido. Marque por favor la caja apropiada y complete la fecha que el aviso fue distribuido: (Esta sección debe ser llenada por el sistema de agua):

- El aviso fue enviado por correo a todos los usuarios del sistema de agua el ___/___/___.
- El aviso fue distribuido a mano a todos usuarios del sistema de agua el ___/___/___.
- Se colocó el aviso (solo con permiso del departamento) en:

_____ el ___/___/___.

(Firma del dueño u operador)

(Posición)



_____/_____/_____
(Fecha)

El Departamento de Salud es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades. Si necesita esta publicación en un formato alternativo, por favor llame al 1-800-525-0127 (voz) ó 1-800-833-6388 (servicio TDD).

Envíe una copia de la notificación completa y la certificación a:

- Eastern Regional Office, 16201 E. Indiana Ave., Suite 1500, Spokane Valley, WA 99216 or fax to (509) 329-2104
- Northwest Regional Office, 20435 72nd Ave South, Suite 200, Kent WA 98032 or fax to (253) 395-6760
- Southwest Regional Office, PO Box 47823, Olympia WA 98504 or fax to (360) 664-8058