

▢ FORMA DE TERMINACIÓN DE EMPLEO ▢

INFORMACIÓN DEL PATRÓN:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (PCA):

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

PRIMER DÍA DE TRABAJO: _____

ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO: _____

¿POR QUE EL EMPLEADO (PCA) DEJO DE TRABAJAR PARA USTED? (escoja una razón solamente)

- Poco trabajo ¿piensa usted llamar otra vez a este empleado? _____ Si ___no
Si contesta que si, y tiene la fecha que lo/la va a llamar otra vez, favor de poner esa
fecha aqui _____
- incumplimiento para reunir los niveles de rendimiento del trabajo. No mala
conducta
- despedido(a) por mala conducta
- renuncio al empleo
- permiso para estar ausente
- suspension
- condena en la carcel
- otro (explique por favor) _____

FIRMA DEL PATRÓN: _____

FECHA: _____

FAVOR DE ENVIAR ESTA FORMA CON LA PRIMERA/ÚLTIMA HOJA DE TIEMPO DE SU EMPLEADO (PCA) A:

**STAVROS CENTER FOR INDEPENDENT LIVING. INC.
P.O. BOX 2130
AMHERST, MA 01004-2130**