

☐ NOTIFICATION OF TERMINATION OF EMPLOYMENT – PAID TIME OFF (PTO) PAY OUT REQUEST ☐

EMPLOYER INFORMATION:

SURROGATE INFORMATION:

Employer Number: _____

NAME: _____

NAME: _____

PHONE: _____

PHONE: _____

EMPLOYEE (PCA) INFORMATION:

NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

ADDRESS: _____

LAST 4 DIGITS OF SOCIAL SECURITY#: _____

PHONE: _____

*****EMPLOYEE (PCA) PLEASE CHECK ONE OF THE FOLLOWING-REQUIRED:*****

I NO LONGER WORK FOR ANY CONSUMERS IN THE PCA PROGRAM

I AM WORKING FOR OTHER CONSUMERS IN THE PCA PROGRAM

EMPLOYMENT INFORMATION:

FIRST DAY WORK PERFORMED: _____ LAST DAY WORK PERFORMED: _____

WHY IS THIS EMPLOYEE (PCA) NO LONGER WORKING FOR YOU? (CHECK ONE REASON ONLY)

LACK OF WORK DO YOU EXPECT TO RECALL THIS EMPLOYEE? _____ YES _____ NO

IF YES, AND THE RECALL DATE IS SCHEDULED, PLEASE ENTER DATE HERE _____

FAILED TO MEET PERFORMANCE STANDARDS. NO MISCONDUCT.

DISCHARGED FOR MISCONDUCT

QUIT

LEAVE OF ABSENCE

SUSPENSION

OTHER (PLEASE EXPLAIN) _____

EMPLOYER/SURROGATE SIGNATURE: _____ DATE: _____

EMPLOYEE (PCA) SIGNATURE: _____ DATE: _____

It is the Consumers\Surrogate's responsibility to notify Stavros F.I. promptly if any PCA leaves or is terminated as an employee.

The Massachusetts Wage Act requires employers to pay earned but unused paid time off if a worker leaves or is terminated from employment.

This form can be submitted to Stavros F.I. by either the Consumer Employer\Surrogate or the PCA. It is preferred that the form is signed by both the Consumer Employer\Surrogate and the PCA but Stavros F.I. will accept the form if it is signed by one of the parties.

PLEASE MAIL COMPLETED FORM TO STAVROS F.I., P.O. BOX 2130, AMHERST, MA 01004 OR FAX TO (888)773-4281 or (413)256-3849

□ FORMA DE TERMINACIÓN DE EMPLEO Y PEDIDO DE PAGO DE TIEMPO PAGADO (PTO) □

INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR:

INFORMACIÓN DEL TUTOR:

NÚMERO DEL CONSUMIDOR : _____

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (PCA):

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL# _____

TELÉFONO: _____

TELÉFONO _____

*****EMPLEADO (PCA) POR FAVOR MARCAR UNOS DE LOS SIGUIENTES:*****

NO TRABAJO PARA NINGUN CONSUMIDOR (A) EN EL PROGRAMA DE PCA.

ESTOY TRABAJANDO PARA OTROS CONSUMIDORES EN EL PROGRAMA DE PCA.

INFORMACION DE EMPLEO:

PRIMER DIA DE TRABAJO: _____ ULTIMO DIA DE TRABAJO: _____

PORQUE EL EMPLEADOR(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, TIENE LA FECHA QUE LO/LA VA A LLAMAR OTRA VEZ, INDIQUE LA FECHA _____

NO CUMPLE PARA REUNIR LOS NIVELES DE PARA TRABAJAR. NO FUE POR MALA CONDUCTA.

DESPEDIDO (A) POR MALA CONDUCTA

RENUNCIO AL EMPLEO

PERMISO PARA ESTAR AUSENTE

SUSPENDIDO

OTRA (EXPLIQUE POR FAVOR) _____

FIRMA DEL CONSUMIDOR / TUTOR : _____ FECHA: _____

FIRMA DEL EMPLEADOR (PCA) : _____ FECHA: _____

Es responsabilidad de los Consumidores o Tutores notificar a Stavros F.I. con prontitud si cualquier pca se va o es despedido como empleado. La Ley de Salarios de Massachusetts requiere que los empleadores paguen el tiempo libre acumulado si un trabajador se va o es despedido del empleo.

Este formulario puede ser enviado a Stavros F.I. por el Consumidor o Tutor o el pca. Seria preferible tambien si el formulario está firmado tanto por el Consumidor o Tutor Y el pca, pero Stavros F.I. aceptará el formulario si esta firmado de parte de unos de los indicados.

POR FAVOR DE ENVIAR ESTA FORMA A STAVROS F.I., P.O. BOX 2130, AMHERST, MA 01004 OR FAX AL (888)773-4281or (413)256-3849.