

□ FORMA DE TERMINACION DE EMPLEO □

INFORMACION DEL PATRON:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE:

NUMERO DE CONSUMIDOR: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

TELEFONO: _____

INFORMACION DEL EMPLEADO(PCA):

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION: _____

NUM. DE SEGURO SOCIAL: _____

TELEFONO: _____

INFORMACION DE EMPLEO:

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

POR QUE EL EMPLEADO(PCA) DEJO DE TRABAJAR PARA USTED? (ESCOJA UNA RAZON 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) empleo
- renunció al empleo
- permiso para estar ausente
- suspension
- condena en la carcel
- otro (explique por favor) _____

Firma de patron : _____

fecha: _____

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

Northeast Arc Fiscal Intermediary Deptment

6 Southside Rd
Danvers, Ma. 01923
Or Fax to
978-750-3639