



Fiscal Intermediary
PCA/Worker Employment Termination Form

Employer (Consumer) Information:
Consumer Number, Consumer Name, Phone Number, Email Address

Worker (PCA) Information
Name, Last 4 of SSN, Address, Phone #

Check this box if this is an updated PCA/Worker address.

\*\*Date of Separation\*\*:

Reason for Termination (Check one reason)
Quit, Laid Off, Lack of Work, Leave of Absence, Death, Fired, Discharged, Not Qualified, Misconduct, Other

If other, please explain:

Employer (Consumer/Surrogate) Signature: Date:
\*Required if no PCA/Worker Signature

Worker (PCA) Signature: Date:
\*Require if no Consumer/Surrogate Signature and if PCA/Worker is using this form to also request a mailing address update

Check this box to indicate that you are no longer employed by any consumers in the PCA Program across all FI's.

\*It is the Consumer/Surrogate responsibility to notify the Fiscal Intermediary promptly if any PCA/Worker leaves or is terminated as an employee.

\*The Massachusetts Wage Act requires employers to pay earned but unused paid time off if a PCA/Worker leaves or is terminated from employment. CDC Workers are not eligible for PTO Payouts

\*This form can be submitted to the Fiscal Intermediary by either the Consumer employer or PCA/Worker. It is preferred if the form is signed by both the consumer employer and the PCA/Worker but the Fiscal Intermediary will accept the form if it is signed by one of the parties.



Intermediario Fiscal

## Formulario de Terminacion de empleo de PCA/Trabajador

Empleador(Consumidor) Informacion:			
Número de Consumidor		Nombre de Consumidor	
Número de Telefono		Correo Electronico	

Trabajador (PCA) Informacion:			
Nombre		Últimos 4 de SSN	
Dirección		Número de Telefono	

Marque esta casilla si esta es una dirección PCA/Trabajador actualizada.

**\*\*Fecha de Separación\*\*:** \_\_\_\_\_  
(Fecha de separación se define como el ultimo dia que se empleó PCA/Trabajador para este Consumidor.)

Motivo de Rescision (Check one reason)	
<input type="checkbox"/> Renunciar	<input type="checkbox"/> Despedido (Laid Off)
<input type="checkbox"/> Falta de Trabajo	<input type="checkbox"/> Excedencia
<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Despedido (Fired)
<input type="checkbox"/> Descargado	<input type="checkbox"/> No Calificado
<input type="checkbox"/> Mala Conducta	<input type="checkbox"/> Otro

Si es otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Empleador (Consumidor/Sustituto) Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*\*Requerido si no hay firma de PCA/Trabajador\**

**Trabajador (PCA) Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*\*Requerido si no hay firma del consumidor/sustituto y si PCA/Trabajador esta utilizando este formulario para solicitar también una actualizacion de la dirección postal\**

Marque esta casilla para indicar que ya no está empleado por ningún consumidor en el programas PCA/CDC en todos los intermediarios fiscales en el estado.

*\*Es responsabilidad del Consumidor/Sustituto notificar al Intermediario Fiscal de inmediato si algún PCA/Trabajador se va o es despedido como empleado.*

*\* La Ley de Salarios de Massachusetts requiere que los empleadores paguen el tiempo libre remunerado ganado pero no utilizado si un PCA deja o es despedido de su empleo. **Los trabajadores de los CDC no son elegibles para los pagos de PTO.***

*\*Este formulario puede ser enviado al intermediario fiscal por el empleador del consumidor o PCA. Se prefiere que el formulario sea firmado tanto por el empleador consumidor como por el PCA/Trabajador, pero el intermediario fiscal aceptará el formulario si lo firma una de las partes.*