



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**:** _____
(Date of Separation is defined as the last day that the PCA/Worker was employed by this Consumer)

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*

Please note that Termination forms are submitted per consumer-PCA/Worker relationship. A PCA/Worker must submit a separate Termination form for each consumer they are no longer working for.

**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 Terminación de Empleo de PCA/Trabajador/a

Empleador/a (Consumidor/a) Información:			
Número de Consumidor/a		Nombre de Consumidor/a	
Número de Teléfono		Correo Electrónico	

Trabajador/a (PCA) Información:			
Nombre		Últimos 4 de SSN	
Dirección		Número de Teléfono	

☐ Marque esta casilla si esta es una dirección PCA/Trabajador/a actualizada

****Fecha de Separación**:** _____
(Fecha de separación se define como el último día que este PCA/Trabajador/a se empleó por este Consumidor/a)

Motivo de Terminación (Elija una razón)	
☐ Renuncia	☐ Despedido/a (Laid Off)
☐ Falta de Trabajo	☐ Excedencia
☐ Muerte	☐ Despedido/a (Fired)
☐ Descargado	☐ No Calificado/a
☐ Mala Conducta	☐ Otra Cosa

Si es otra cosa, por favor explique: _____

Empleador/a (Consumidor/a / Sustituto/a) Firma: _____ **Fecha:** _____

Requerido si no hay firma de PCA/Trabajador/a

Trabajador/a (PCA) Firma: _____ **Fecha:** _____

Requerido si no hay firma de consumidor/a / sustituto/a y si PCA/Trabajador/a esta utilizando este formulario para solicitar también una actualización de la dirección postal

Por favor note que los formularios de Terminación de Empleo se envían por cada relación entre consumidor/a y PCA/Trabajador/a. Un/a PCA/Trabajador/a debe enviar un formulario de Terminación de Empleo separado por cada consumidor/a que ya no trabaja.

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

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

**Este formulario puede ser enviado al intermediario fiscal por Consumidor/a-Empleador/a o PCA/Trabajador/a. Se prefiere que el formulario sea firmado por Consumidor/a-Empleador/a y PCA/Trabajador/a, pero el intermediario fiscal aceptará el formulario si está firmado por una de las partes.*