

Formulario de Terminación de Empleo del PCA/Trabajador

Este formulario puede ser presentado tanto por el consumidor/participante de las exenciones (empleador) como por el PCA/trabajador (empleado). Se recomienda que el formulario esté firmado tanto por el consumidor/participante de las exenciones como por el PCA/DCW, pero el intermediario fiscal lo aceptará si está firmado solo por una de las partes.

Información del empleador (consumidor/participante):

Nombre completo del consumidor*		Número del consumidor*	
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		

Información del PCA/trabajador

Nombre completo del PCA/trabajador*		ID único del PCA o Últimos 4 dígitos del número de seguro social del PCA/trabajador*	
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		

Dirección postal del PCA/trabajador* (Tempus cambiará su dirección de domicilio registrada, si es diferente de la indicada a continuación.)

Dirección de calle*					
Edificio/Unidad/Apto.					
Ciudad*		Estado*		Código postal*	

Fecha de terminación/renuncia*

___ / ___ / ____

*La fecha de terminación/renuncia es el último día en que el PCA/trabajador prestó o prestará servicios a este consumidor/participante de las exenciones.

Motivo de la terminación/renuncia (marque uno solo)*

- ☐ Renuncia voluntaria
- ☐ Despido
- ☐ Falta de trabajo
- ☐ Muerte
- ☐ Mala conducta

- ☐ Reducción de personal
- ☐ Permiso de ausencia
- ☐ Incompetencia
- ☐ Verificación de antecedentes
- ☐ Otro _____

Por favor, explique

La Ley de Salarios de Massachusetts exige que los empleadores paguen cualquier tiempo libre remunerado (PTO) no utilizado cuando un PCA/DCW deje de trabajar para cualquier consumidor y/o participante de las exenciones. Para solicitar un pago de PTO, el PCA/DCW debe enviar un formulario de terminación por cada consumidor y/o participante de las exenciones para el que trabaje. **Esto no se aplica a los trabajadores de los CDC.**

Firma del empleador (consumidor/suplente)

*Obligatorio si lo envía el consumidor/participante de las exenciones

Fecha

Firma del PCA/trabajador

*Obligatorio si lo envía el PCA/trabajador

Fecha