



Formulario Cese de Empleado

NO. DE CASO (ID#): _____ PERSONA QUE RECIBE APOYO: _____

AVISO DE TERMINACIÓN: (Complete esta sección cuando el empleado cese del trabajo)

NOMBRE DEL EMPLEADO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)			
ULTIMO DÍA LABORADO:			
RAZÓN DE LA TERMINACIÓN LABORAL			
<input type="checkbox"/> RESIGNACIÓN <input type="checkbox"/> ASISTENCIA <input type="checkbox"/> BAJO RENDIMIENTO <input type="checkbox"/> MUERTE			
<input type="checkbox"/> OTRO. POR FAVOR, EXPLIQUE:			
DIRECCIÓN DE REENVÍO:	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL (ZIP)

NOMBRE DEL EMPLEADOR (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)		
FIRMA DEL EMPLEADOR	FECHA	MES/DÍA/AÑO

POR FAVOR, ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO POR FAX O CORREO POSTAL A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Completar y Enviar a:
Palco
P.O. Box 13280
Maumelle, AR 72113
Fax No. 501-753-2616