

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado: _____ SS #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ ST: _____ Código postal: _____

Fecha de contratación: _____ Fecha de finalización: _____

Departamento: _____ Puesto: _____

Le pedimos su dirección con el propósito de enviar su cheque final y notificaciones COBRA.

VOLUNTARIO (Adjunte carta de renuncia y marque todo lo que corresponda) _____

- | | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna razón dada | <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Abandono de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Reubicación | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> No Show / No Call |
| <input type="checkbox"/> Oportunidad de trabajo | <input type="checkbox"/> Regresar / asistir a la escuela | <input type="checkbox"/> Otro (indique los detalles a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Ambiente de trabajo | <input type="checkbox"/> Insatisfecho | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cambio de requisito de trabajo | | _____ |

INVOLUNTARIO (Adjunte registro (s) de asesoramiento y marque todo lo que corresponda) _____

- | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Absentismo | <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las instrucciones | <input type="checkbox"/> Conducta Inapropiada |
| <input type="checkbox"/> Tardanza | <input type="checkbox"/> Incumplimiento del estándar de trabajo | <input type="checkbox"/> Conducta inapropiada |
| <input type="checkbox"/> Violación de seguridad | <input type="checkbox"/> Infracción de la política de la empresa | <input type="checkbox"/> Otro (indique los detalles a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Falsificación | <input type="checkbox"/> Período de prueba fallido | _____ |
| <input type="checkbox"/> Insubordinación | | _____ |

DEJAR (Marque todo lo que corresponda.) _____

- | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Falta de trabajo | <input type="checkbox"/> Lugar cerrado | <input type="checkbox"/> Otro (indique los detalles a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de trabajo | <input type="checkbox"/> Empleo estacional | |

RECONOCIMIENTO DE EMPLEADOS

Con mi firma a continuación, certifico que no me lesioné durante mis turnos de trabajo, ni tampoco fui testigo de un accidente que resultó en lesiones a otra persona durante mi empleo.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ **FECHA:** _____

El empleado no estaba disponible para firmar. El empleado se negó a firmar.

¿Notificó a su Departamento de Recursos Humanos antes de tomar medidas de separación? Sí No

FIRMA DEL GERENTE: _____

FIRMA DE TESTIGO: _____

* Si el empleado está en depósito directo, ¿desea que el cheque final sea papel o ¿deposito directo?

SOLO PARA USO DE LA EMPRESA

Tipo de compensación	Fecha a pagar	Periodo cubierto	Monto pagado (bruto)
Vacaciones			\$
Ruptura			\$
En lugar de aviso			\$