



Terminación de empleo Stop Work

DIRECCIÓN POSTAL DE DSHS DSHS PO BOX 11699 TACOMA, WA 98411-9905	
NÚMERO DE TELÉFONO DE DSHS	NÚMERO DE FAX DE DSHS 888-338-7410
NÚMERO DE ID DEL CLIENTE / CASO	FECHA

Sección 1: Cliente, llene esta sección antes de llevarla al trabajo que terminó.

Al firmar aquí, otorgo mi permiso a mi empleador para llenar este formulario para el Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA	CLIENTE: ESCRIBA AQUÍ SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA
-------------------	-------	--

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA / EX EMPLEADOR

DIRECCIÓN DEL EX EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
----------------------------	--------	--------	---------------

Sección 2: La persona de la compañía que conoce la información del empleo y de la remuneración llena esta sección.

1. ¿Cuál fue la última fecha en la que el empleado trabajó? _____
2. Monto del último cheque de nómina (antes de impuestos): \$ _____ Fecha de recepción: _____
 Liste los montos (antes de impuestos) y las fechas de los otros cheques de nómina recibidos en el mismo mes que el último cheque de nómina:

MONTO RECIBIDO (ANTES DE IMPUESTOS)	FECHA DE RECEPCIÓN
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
3. ¿Por qué terminó este empleo?
 Falta de trabajo El empleo era temporal o de temporada Despedido
 De permiso (como un permiso de ausencia o por nacimiento). Este es: Pagado No pagado
 Si es pagado, cuánto se paga al empleado: \$ _____
 ¿Cuándo se espera que regrese el empleado? _____
 Otro: _____
4. ¿El empleado recibirá indemnización por despido? Sí No
 SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuándo lo recibirá? _____ ¿Cuánto será? \$ _____
5. ¿Puede el empleado cobrar en efectivo sus vacaciones o días por enfermedad? Sí No
 SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuándo lo recibirá? _____ ¿Cuánto será? \$ _____
6. ¿Puede el empleado retirar fondos de jubilación, pensión o 401K? Sí No
 SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Cuándo lo recibirá? _____ ¿Cuánto será? \$ _____

Por favor proporcione la siguiente información en caso de que necesitemos ponernos en contacto con usted:

FIRMA	FECHA	NÚMERO TELEFÓNICO
ESCRIBA AQUÍ SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA		PUESTO / TÍTULO