

NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN DE PRESTACIONES/EMPLEO

DCSS 0114 SPA (08/21/2016)

EMPLEADOR:

FECHA:

EMPLEADO:

CONDADO:

NSS:

FDN:

NÚMERO DE AFILIADO:

TELÉFONO:

INSTRUCCIONES: Utilice este formulario para comunicar la terminación de la relación laboral o de las prestaciones de un empleado para el que usted tiene la obligación de retener la manutención y/o proporcionar prestaciones sanitarias.

Terminación de:

☐

Empleo

☐

Prestaciones sanitarias

☐

Ambos

FECHA DE TERMINACIÓN: PRESTACIONES	MOTIVO DE LA TERMINACIÓN ☐ Lapso temporal - fecha en que se reanudará la cobertura _____ ☐ Terminación definitiva FECHA	
¿EL SEGURO DE ENFERMEDAD COBRA ESTÁ DISPONIBLE? ☐ NO ☐ Sí, cobertura hasta: _____ FECHA		
FECHA DE TERMINACIÓN: EMPLEO	MOTIVO DE LA TERMINACIÓN	¿SUSCEPTIBLE DE RECONTRATACIÓN? ☐ NO ☐ Sí
ÚLTIMA DIRECCIÓN PARTICULAR CONOCIDA (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL NUEVO EMPLEADOR (si se conoce)		NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN DEL NUEVO EMPLEADOR (si se conoce: calle, ciudad, estado, código postal)		

CERTIFICACIÓN DE REGISTRO

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

FIRMA

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

CARGO