



## Formulario para el Último día de Trabajo del Proveedor Individual

A: Cliente de Servicios en el Hogar

Muchos de los proveedores individuales que trabajan bajo el Programa de Servicios en el Hogar (HSP) solicitarán seguro de desempleo cuando son despedidos por el cliente o dejan el empleo voluntariamente.

Para ayudarnos con la documentación, por favor conteste las siguientes preguntas y devuelva este formulario al representante HSP el último día de empleo del proveedor individual.

Por favor indique el tipo de proveedor individual y proporcione la información que le pedimos a continuación:

Marque Uno:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistente Personal (PA)               | <input type="checkbox"/> Asistente Certificado de Enfermería (CNA) |
| <input type="checkbox"/> Enfermera Práctica con Licencia (LPN) | <input type="checkbox"/> Enfermera Con Licencia (RN)               |

Nombre del Proveedor Individual: \_\_\_\_\_

Fecha que el proveedor individual trabajó por última vez: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_

¿Dejó el trabajo voluntariamente el trabajador o proveedor?  Sí  No

Si contestó sí, por favor indique la razón: \_\_\_\_\_

¿Despidió al trabajador o proveedor?  Sí  No

Si contestó sí, por favor indique la razón: \_\_\_\_\_

Si usted despidió al trabajador, ¿habló con el trabajador o proveedor sobre el asunto o problema antes de despedirle?

Sí  No

¿Le dio la oportunidad al trabajador de corregir el problema o asunto?  Sí  No

Si contestó no, por favor explique:

Firma del Cliente / Tutor / Representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor devuelva este formulario a su representante HSP dentro de los 5 días del último día de trabajo del proveedor individual.

Muchas gracias.