



Departamento de servicios para adultos, personas de edad y de Medi-Cal
Servicios de apoyo en el hogar
6955 Foothill Blvd., Suite 300
Oakland, CA 94605

INTERRUPCIÓN O PERMISO DE AUSENCIA DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor (Apellido, Primer Nombre)	
Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
Número telefónico:	No. de Seguro Social

Este formulario servirá como una solicitud escrita para:

- Descontinuar el empleo del proveedor con el beneficiario siguiente:
- Colocar al proveedor en situación de permiso de ausencia (suspender mi empleo) para el siguiente beneficiario:

Información del beneficiario

Nombre (Apellido, Primer Nombre)

Número del caso o Número del seguro social

Número telefónico:

Último día que trabajó el proveedor

El número total de horas autorizadas desde el primer día del mes hasta el último día trabajado.

Razón/razones para la solicitud de discontinuación o permiso de ausencia:

Renunció/Fue despedido

El beneficiario está en el hospital.

Lesión de incapacidad/Compensación del Trabajador

El beneficiario falleció.

El beneficiario ya no es elegible para los servicios.

El beneficiario está de vacaciones/fuera del Condado/Estado/País Fecha de regreso anticipada .

Otras razones

La persona que Completa el Formulario: beneficiario Proveedor Representante autorizado del beneficiario.

Imprima el Nombre

Fecha

Firma:

Sección para el uso del condado