



SequoiaSD

Part of the AssuranceSD family

PROFESIONAL DE CUIDADOS DIRECTOS FORMA DE CAMBIO DE ESTATUS

Nombre del Profesional de Cuidados Directos: _____

Fecha de Vigencia: ____ / ____ / ____

Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____

Instrucciones: Marque la casilla adecuada y llene la información:

CAMBIO DE EMPLEO

Despido

Cambio de Sueldo

Renuncia, Motivo de la Renuncia:

FMLA

Permiso para Ausentarse

Nueva Clasificación

Tiempo Completo

Si está renunciando, por favor incluya una carta renuncia.

Nuevo Sueldo \$ _____

FIRMAS

Empleador en el lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Empleado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Para ser llenado por Recursos Humanos únicamente:

Cambios finalizados por: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nómina actualizada por: _____ Fecha: ____ / ____ / ____