

# TERMINATION NOTICE / NOTICIA DE TERMINACIÓN

Company \_\_\_\_\_

Compañía \_\_\_\_\_

Employee \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Position \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ Location \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Pursuant to the Company's right to end its employment relationship with you as an "at-will" employee, your employment with this company is hereby terminated.

De acuerdo con los derechos de la compañía de terminar sus relaciones de empleo con usted como empleado de "Propia Voluntad", su empleo con esta compañía presente a terminado.

The reason for your termination is for (see box(es) checked below):

El motivo por su terminación es por (vea la(s) caja(s) marcadas de abajo):

- Attendance
- Insubordination
- Falsifying Time Records
- Other
- Poor Quality Work
- Unsafe Practices
- Misuse of Equipment
- No Reason

- Asistencia
- Insubordinación
- Falsificar Archivos de Tiempo
- Otras Cosas
- Trabajo de Mala Calidad
- Practicas Peligrosas
- Abuso de Equipo
- Ningun Motivo

Explanation:

Explicación:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### PRIOR WARNINGS

- As a result of the extreme nature of your behavior and/or work history you are being terminated without any notice or warning.
- You received at least one prior warning regarding a problem with your employment, and were told that you would be discharged if you violated the same or another company rule or if your work performance did not meet company standards.

Together with this notice is your final paycheck representing all hours worked as of the date of termination. Also included in this paycheck are all monies due you or accrued by you in accordance with company policy as noted below (See box(es) checked below).

- Vacation Pay
- Deposits on Loans of Equipment
- Other \_\_\_\_\_
- Sick Leave Pay
- Pension Benefits

Also provided is a pamphlet titled "For Your Benefit: California Programs for the Unemployed," DE 2320. This pamphlet describes the procedures to follow for unemployment benefits which you may be eligible to receive.

- For employees with Group Health Insurance Benefits only:** Under group health insurance rules you and other members of your family may have continuation and conversion rights. Promptly contact the company's Group Health Plan's Plan Administrator noted below within 60 days if you are interested in continuing or converting your group health insurance.

Group Health Insurance Plan:

Plan Administrator:

Address:

STREET \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

- For employees living in Company housing only:** You must vacate company housing by \_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_.

The above termination notice has been read to me, and I understand its contents. I have received a copy of this notice.

\_\_\_\_\_  
 EMPLOYEE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 SUPERVISOR \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

\* If no signature: Employee declined to voluntarily sign this termination notice; however, I certify that it was read to the named employee, and the named employee was offered a copy of it, which the employee  accepted  rejected.

Witnessed by:

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Witnesses Name:

PLEASE PRINT

PLEASE PRINT

### AVISOS ANTERIORES

- Como resultado de la extrema naturaleza de su comportamiento y la historia de su trabajo usted va ha ser terminado sin cualquier noticia o aviso.
- Usted ha recibido por lo menos un aviso previo, acerca de un problema con su empleo, y se le dijo que seria despedido si violaba la misma u otra regla de la compañía o si su desempeño en su trabajo no reunia las normas de la compañía.

Junto con esta noticia esta su cheque de pago final representando todas las horas trabajadas hasta la fecha de terminación. Tambien, incluido en este cheque de pago esta todo el dinero que se le debe o que halla sido acumulado por usted, de acuerdo con la poliza de la compañía como esta anoadado abajo (vea las caja(s) marcadas de abajo):

- Pago Vacacional
- Depositos de Prestamos de equipo
- Otro \_\_\_\_\_
- Pago de Ausencia Por Enfermedad
- Beneficios de Pención

Tambien adjunto esta un folleto titulado "Información que le Beneficiara: Programa de California para el desempleado," DE 2320. Este folleto describe los procedimientos que debe de seguir para beneficios de desempleo a los cuales usted puede ser elegible a recibir.

- Para empleados con beneficios de asequanza de salud de grupo solamente:** Bajo reglas de la asequanza de salud de grupo usted y otros miembros de su familia tienen derechos de continuación y conversión. Rapidamente comuníquese con el administrador del plan de salud de grupo, de la compañía, como esta anotado abajo, si usted esta interesado (a) en continuar o convertir su asequanza de salud de grupo dentro 60 dias.

Plan de Grupo De Aseguranza de Salud:

Administrador Del Plan:

Dirección:

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

- Para empleados que viven en viviendas de la compañía solamente:** Usted debe de desocupar la vivienda de la compañía en \_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_.

Reconocimiento: La noticia de terminación de arriba se me leido, y comprendo sus contenidos. Yo he recibido una copia de esta noticia.

\_\_\_\_\_  
 EMPLEADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 SUPERVISOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\* Si no se firma: El empleado se ha negado voluntariamente a firmar esta noticia de terminación; Sin embargo, yo certifico que se le leyo al empleado nobrado, ye se le ofrecio una copia de ella, la cual el empleado nombrado  acepto  rechazo.

Atestiguado por:

\_\_\_\_\_  
 FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Nombre de Testigos:

POR FAVOR LETRA DE MOLDE

POR FAVOR LETRA DE MOLDE