

**Solo para Uso de la Oficina:**

**Anular suscripción/CH:** \_\_\_\_\_

**Desactivar Credencial:** \_\_\_\_\_

**Carroll ISD**  
**Formulario de Renuncia o**  
**Terminación**

**Este formulario debe ser diligenciado por el empleado que está renunciando al servicio con el Distrito.**

ID del empleado #: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Plantel o Departamento: \_\_\_\_\_

**Fechas del Empleo:**

**Desde:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mes Día Año

**Hasta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mes Día Año

**(Último Día Laborado)**

**Fecha de la Renuncia/Terminación:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mes Día Año

**(TRS) Fecha de Retiro:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*(Si Aplica)

Mes Día Año

**Si el último día laborado y la fecha de renuncia/terminación no son las mismas, señale una de las siguientes:**

\_\_\_\_ Licencia por Enfermedad Personal/familiar \_\_\_\_ Tiempo de compensación Usado \_\_\_\_ Licencia de Ausencia Aprobada

Otra Razón (especifique): \_\_\_\_\_

¿Usted **aún está empleado** en el Distrito en otra capacidad? [ ] Sí [ ] No

Si afirmativo, diligencie el lugar/plantel y el puesto: \_\_\_\_\_

**\* Es responsabilidad del empleado enviar una dirección de reenvío para su W-2 y los registros de servicio que se enviarán por correo.**

**Dirección Actual o de envío:**

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Zip

Fecha Efectiva de nueva dirección

**Email actual personal (Diferente del email de la escuela):** \_\_\_\_\_

**Número telefónico (incluyendo código de área):** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(Continúa la respaldo)

Actualmente, tengo cobertura de seguro médico con el distrito:  Sí  No  
Señale el tipo de renuncia:  Con Notificación  Sin Notificación

**Señale todas las razones aplicables para su renuncia: (Para diligenciar solo con todas las renunciaciones voluntarias)**

- Puesto más cerca a la casa  
Nombre del Distrito: \_\_\_\_\_
- Razones médicas personales
- Carrera no relacionada con estudios
- Transferencia de Cónyugue
- Permanecer en casa con hijo (a)/Familia
- Move out of state
- Mudanza
- Insatisfecho con el trabajo
- Mejores oportunidades  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_
- Continuación de Estudios
- Jubilación
- No Renovación
- Discapacidad Temporal
- Abandono del Trabajo

Otra Razón (**Especifique**): \_\_\_\_\_

**Diligencie si aplica:**

- Sé que mi seguro terminará con mi último pago.  Sí  No Ver \*\*
- Programaré mi Entrevista de Salida con el Personal de Servicios (opcional)  Sí  No
- Diligenciaré los procedimientos de Fin de Año en mi plantel o departamento (Paraprofessionals):  Sí  No
- Diligenciaré & entregaré las hojas de trabajo  Sí  No

**\*\* Consulte los Días calendario del personal para el último mes de cobertura de seguro.** Si la renuncia es anterior a la fecha de finalización, la cobertura finalizaría el último día del mes de finalización.

**Solo profesionales, maestros v auxiliares:**

Los registros de servicio y las transcripciones se enviarán por correo dentro de los 30 días de su último día de empleo o fecha de renuncia, lo último que ocurra. Indique a continuación dónde prefiere usted que se los envíen.  
(\* Si se envía directamente a un distrito escolar, también le enviaremos por correo una copia de sus registros de servicio para firmar y devolver)

\_\_\_\_\_ Enviar a la dirección actual/reenvío del empleado que figuraba anteriormente

\_\_\_\_\_ Enviar al siguiente distrito escolar: Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Zip: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Supervisor/Administrador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entrevista de Salida Realizada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

