

#608-001

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: PRUDENTIAL OVERALL SUPPLY  
 Nombre de la Compañía: PRUDENTIAL OVERALL SUPPLY  
 Company Address: 740 F St. Chula Vista  
 Dirección de la Compañía: 740 F St. Chula Vista  
 Company Phone: (619) 427-1240  
 Teléfono de la Compañía: (619) 427-1240  
 Work Site Address: 740 F. St. Chula Vista  
 Sitio de Trabajo: 740 F. St. Chula Vista  
 Supervisor Name: "  
 Superintendente/Gerente: "

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: Social Security Number:  
 Su Nombre: Número de Seguridad Social:  
 Address: Dirección:  
 Telephone number Home: Work:  
 Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
 Hourly Rate Paid: \$ 8.38 Overtime Rate Paid: ~~0.00~~ 1 1/2  
 Sueldo por hora: \$ 8.38 Sueldo por horas extras: ~~0.00~~ 1 1/2  
 Current job title: Distribution How long have you worked for this company? 20  
 Título de Trabajo: Distribution ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? 20  
 Do you receive health benefits? YES If Yes, how much do you pay for your benefits?  $\emptyset$   
 ¿Recibe usted beneficios médicos? YES ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?  $\emptyset$

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

I work at Prudential overall supply in the city of Chula Vista on a contract with the city of San Diego. I do not receive the living wage.

Use reverse side if need  
Use el reverso si requiere de mas espa

Signature · Firma del Empleado

7/24/07  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt:

LWO Analyst:

Contract Number:

# EMPLOYEE COMPLAINT FORM FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

### COMPANY INFORMATION INFORMACION SOBRE LA COMPAÑIA

Company Name: Prudential Overall Supply  
 Nombre de la Compañia: Prudential Overall Supply  
 Company Address: Chula Vista  
 Dirección de la Compañia: Chula Vista  
 Company Phone: (949) 250-4855  
 Teléfono de la Compañia: (949) 250-4855  
 Work Site Address: 740 F. St Chula Vista  
 Sitio de Trabajo: 740 F. St Chula Vista  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

### EMPLOYEE INFORMATION INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: \$8.38 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: \$8.38 Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
 Current job title: Distribucion How long have you worked for this company? 20 yrs  
 Título de Trabajo: Distribucion ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? 20 yrs  
 Do you receive health benefits? Yes If Yes, how much do you pay for your benefits? 0  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? Yes ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? 0

### EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DEL EMPLEADO

\* We Distribuímos uniformes de la Ciudad de Chula Vista "City of Chula Vista" una vez por semana sin ningún pago adicional al del contrato. No hemos recibido compensación mínima.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature · Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Date · Fecha 7/12/07

### FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLOMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to: CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing & Contracting De  
Living Wage Administra  
1200 Third Avenue, Suite  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Prudential Overcall Supply  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 2485 Ash St Vista CA  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: (760) 727-7163  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: Morch. x Rev  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: Social Security Number:  
Su Nombre: Número de Seguridad Social:  
Address: Dirección:  
Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
Hourly Rate Paid: Overtime Rate Paid:  
Sueldo por hora: \$: 9.95 Sueldo por horas extras:  
Current job title: How long have you worked for this company?  
Título de Trabajo: Producción ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? 5 años  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? SI ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? \$46.60

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

Porque no nos pagan lo justo.  
Por los trabajos que les hacemos  
a la Ciudad de San Diego

Use reverse side if ne  
Use el reverso si requiere de mas esp

Signature · Firma del Empleado

9-28-07

Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: LWO Analyst: Contract Number:

# EMPLOYEE COMPLAINT FORM FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to: **CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Dep  
Living Wage Administrati  
1200 Third Avenue, Suite  
San Diego, CA 92101

## COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: *Prudential Overall Supply*  
 Nombre de la Compañía: *Prudential Overall Supply*  
 Company Address: *740 E St. Chula Vista*  
 Dirección de la Compañía: *740 E St. Chula Vista*  
 Company Phone:  
 Teléfono de la Compañía:  
 Work Site Address:  
 Sitio de Trabajo:  
 Supervisor Name:  
 Superintendente/Gerente:

## EMPLOYEE INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: Work:  
 Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
 Hourly Rate Paid: *8.23* Overtime Rate Paid: *1 1/2*  
 Sueldo por hora: *8.23* Sueldo por horas extras: *1 1/2*  
 Current job title: *Mending* How long have you worked for this company?  
 Título de Trabajo: *Mending* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *18 AN*  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? *Si* ¿Si Si, cuánto le hace paga por sus beneficios?

## EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DE EMPLEADO

*No He Recivido el Salario  
 Debido de la Ciudad de San Diego  
 Yo Repare uniformes de la  
 Ciudad de San Diego*

Use reverse side if ne  
Use el reverso si require de mas es

*[Signature]*  
 Signature · Firma del Empleado

*8-28-07*  
 Date · Fecha

## FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to: CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing & Contracting Depa  
Living Wage Administratio  
1200 Third Avenue, Suite 21  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Prudenta overll supply  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 740 F Street chula vista  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: 427-1240  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: distribucion  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: Social Security Number:  
Su Nombre: Número de Seguridad Social:  
Address: Dirección:  
Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residenc: trabajo:  
Hourly Rate Paid: 8.13 Overtime Rate Paid: 1 1/2  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: distribucion How long have you worked for this company?  
Título de Trabajo: ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? 28  
Do you receive health benefits? SI If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

no he recibido dinero,  
El salario debido de la ciudad  
de San Diego

Use reverse side if n  
Use el reverso si require de mas e

Signature · Firma del Emplead(ó) 8-28-07 Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: LWO Analyst: Contract Number:

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Depa  
Living Wage Administratio  
1200 Third Avenue, Suite 2  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: Prudential Overroll Suply  
Nombre de la Compañía: Prudential Overroll Suply  
Company Address: 2485 Ash street Vista Ca  
Dirección de la Compañía: 2485 Ash street Vista Ca  
Company Phone: (760) 727-7163  
Teléfono de la Compañía: (760) 727-7163  
Work Site Address:  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residenc \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hourly Rate Paid: \_\_\_\_\_ Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: \$8.95 Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company?  
Título de Trabajo: Produccion ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? 6 añ  
Do you receive health benefits? \_\_\_\_\_ If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? Si ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? \$46.68

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

Porque no nos pagan lo justo.  
Por los trabajos que se hacen por la  
ciudad de San Diego

Use reverse side if r  
Use el reverso si requiere de mas e

Signature · Firma del Empleado

8-28-07

Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

#C08-002

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: FOUR STAR PRIVATE PATROL  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 28441 Rancho California Rd. Temecula CA 92590  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: 951 695 4245 #200  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: 4949 EAST GATE MALL SAN DIEGO, CA  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home Work:  
Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hourly Rate Paid: 10.00 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: \_\_\_\_\_ Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
Current job title: SECURITY GUARD How long have you worked for this company? 9 MONTHS  
Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía?  
Do you receive health benefits? YES If Yes, how much do you pay for your benefits? 2.00/hr  
¿Recibe usted beneficios médicos? \_\_\_\_\_ ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

WAS NOT GIVEN THE CHOICE NOT TO BUY HEALTH INSURANCE. I DONT NEED A THIRD HEALTH INSURANCE.

Use reverse side if nee  
Use el reverso si require de mas esp.

Signature - firma del empleado

Date - Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 8-9-07

LWO Analyst: Nora Nunez

Contract Number: UNKNOWN

#C08-003

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing Division  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Delaware North Companies / California Sportservice  
 Nombre de la Compañía: Delaware North Companies / California Sportservice  
 Company Address: 100 Park Blvd San Diego, Ca 92101  
 Dirección de la Compañía: 100 Park Blvd San Diego, Ca 92101  
 Company Phone: 795-5900  
 Teléfono de la Compañía: 795-5900  
 Work Site Address: Petco Park  
 Sitio de Trabajo: Petco Park  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home WORK:  
 Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
 Hourly Rate Paid: \$9.75 pr hr. Overtime Rate Paid: \$14.625  
 Sueldo por hora: \$9.75 pr hr. Sueldo por horas extras: \$14.625  
 Current job title: Prep Cook How long have you worked for this company? 3 yrs  
 Título de Trabajo: Prep Cook ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? 3 yrs  
 Do you receive health benefits? No If Yes, how much do you pay for your benefits? \_\_\_\_\_  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? No ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? \_\_\_\_\_

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

Since July, ~~but~~ I am still paid the \$9.75 per hour I have cussed, begged, & prayed for the raise it is the reason I returned this season. Because I knew it was coming up. Not only are the working conditions not up to OSHA standard I am charged 30 minutes a day break time. I don't.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas esp

Signature · Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Date · Fecha: 9/23/07

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 9-25-07 LWO Analyst: [Signature] Contract Number: PETCO



#008-004

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing Division  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: DNC Sportservice  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 101 PARK BLVD  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: (619) 995-5800  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: 101 PARK BLVD  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hourly Rate Paid: \$ 9.00 HOUR Overtime Rate Paid: \$ 12.50 HOUR  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: COOK How long have you worked for this company? 2  
Título de Trabajo: ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía?  
Do you receive health benefits? NO If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

Not going to pay cost of living wage that should be paid from July of 2007

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

Signature, Firma del Empleado \_\_\_\_\_

Date, Fecha 9-24-07

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 9-25-07 LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: PETCO

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Kyoko Gayda DBA Jani-King  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 4684 Altadena Ave  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: 619-286-4866  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: 12095 World Trade Drive  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hourly Rate Paid: 12.00 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: \_\_\_\_\_ Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
Current job title: Janitor How long have you worked for this company? 7 MONTHS  
Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía?  
Do you receive health benefits? \_\_\_\_\_ If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? No ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

I was terminated Not for Performance But for  
ASKING For my Pay on Time

Use reverse side if need  
Use el reverso si require de mas espa

7  
Signature · Firma del Empleado

01-14-2008  
Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

#C08-006

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Dep  
Living Wage Administrati  
1200 Third Avenue, Suite 2  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: *SAN DIEGO CONVENTION CENTER*  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: *111 WEST HARBOR DRIVE S.D. 92101*  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: *619 525-5000*  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: *SAME*  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
Superintendente/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección:  
Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
Hourly Rate Paid: *14.94* Overtime Rate Paid: *1.5x*  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: *SERVICE WORKER* How long have you worked for this company?  
Título de Trabajo: ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *18 YRS.*  
Do you receive health benefits? *YES* If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *27.84 BI MO*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*SEE ATTACHED PAGE*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

*[Signature]*  
Signature · Firma del Empleado

*OCT. 31, 2007*  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

Living Wage Administrator  
Purchasing & Contracting Department  
1200 Third Ave., Suite 200  
San Diego, CA 92101

October 31, 2007

Dear :

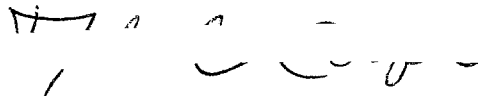
Thank you for sending an employee complaint form regarding the LWO. I have filled out the form and have tried to explain clearly this odd and complicated situation. Although in some places the complaint form is repetitive of what was stated in my original letter of September 26, 2007, I felt that all the relevant facts should be on the one form.

Also, I indicated in the complaint that I already earn in excess of the living wage and will not be affected by any ruling. This is a request for retroactive corrections of approximately 30 employees in the facilities/operations department at the San Diego Convention Center.

I have enclosed a copy of the contract and my initial letter of September 26.

Thank you.

Sincerely,



COPY

75

CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing and Contract Development  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

September 26, 2007

Dear Sir:

I have been employed at the San Diego Convention Center since 1989 as a Service Worker in the Operations/Facilities Department. I'm a part of the crews that build stages, set chairs, set crowd barriers, deliver tables etc. Our department includes the housekeepers and grounds workers and in total represents about 150 full-time and part-time employees.

We are represented by the Service Employees International Union, Local 1877, and we recently approved a new 5 year contract. The previous contract expired on June 30, 2007, and the new contract was signed in mid August with the agreement being retroactively in full force on July 1, 2007.

We are presently in a minor dispute with the company concerning the non-payment of retroactive wages due to the employees who had not passed probation by the signing of the new contract. Consequently, I'm requesting that your office send the appropriate complaint forms so that I can supply the necessary information concerning the issue. It is my hope that you can quickly supply us with the correct interpretation of the LWO and our current contract.

The following is a quick summary of relevant facts:

- 1) During the negotiation which extended from early June until mid August the union bargaining committee agreed to 'phase in' the new living wage over a period of 6 months. New employees hired after July 1, 2007 will have a starting wage of \$9.69, and will receive the full living wage after 6 months. Although I personally feel that our allowing this 6 month delay was shortsighted and pointless, this is what happened.

This complaint concerns the rights of approximately 30 recently-hired employees at the San Diego Convention Center to retroactive corrections. I earn in excess of \$12.41 per hour and, consequently, will not be directly affected. Nonetheless, I'm asking for a ruling and interpretation of the LWO on behalf of the 30 employees.

There are approximately 150-175 employees covered by the contract, and they are represented by the Service Employees International Union, Local 1877. The department consists of housekeepers, service workers, store clerks and grounds workers, and recently we approved a new 5 year contract. The previous contract expired on June 30, 2007, and the new contract was signed in mid August with the agreement being retroactively in full force on July 1, 2007. A copy of the new contract is enclosed.

During the negotiations for the new contract the bargaining committee representing the union agreed that new employees hired after July 1, 2007, will have a starting wage of \$9.69 for the first 6 months of employment. After the 6 months their wage will be raised to \$12.25 per hour (this represents the basic wage of \$10.19 per hour and the health benefit of \$2.06) The union rank and file were never explained the rational of this odd behavior on part of the committee, and a great deal of money was taken away from future employees who have yet to enter the job market.

If the LWO allows bargaining committees to renegotiate wage rates, it must be assumed that its intent was to allow some flexibility that will ultimately work for the benefit of the employees. Perhaps, one result could be increasing the mandated number of days for sick leave and vacation time in exchange for a slight wage decrease. In our case, nothing was received in return, and the Convention Center was able to escape the intent of the San Diego City Council and the LWO.

Part of the current conflict involves the employees who had not yet passed probation under the old contract by the time of its expiration on June 30, 2007. The company argues that they are not automatically entitled to the newly mandated wages on July 1, 2007, and must wait until completing probation before being paid the living wage. I feel that these employees are covered by the intent of the LWO and are owed retro-pay for the period beginning July 1, 2007 to the present regardless of their not yet having passed probation.

Several weeks ago a meeting was held with company management in an effort to obtain at least some retro pay for employees. We argued that since approximately 45 days passed between the expiration of the old contract and the signing of the current contract in mid August, everyone would have been covered by the LWO. During this period employees' wages were frozen at the rate under the previous contract. Management's reply to the request was that the newly mandated wages were surrendered at the bargaining sessions and consequently are not covered by the LWO. My interpretation of the events is that the money in question was owned by the employees after July 1 and their right of ownership cannot disappear with the signing of a contract at a later date.

2) The current conflict involves the employees who had not yet passed probation under the old contract by the time of its expiration on June 30, 2007. The company feels that they were not automatically entitled to the newly mandated wages on July 1, 2007 and must wait until completing probation before being paid the new living wage.

3) More specifically, part of the conflict deals with the approximately 45 days that passed between the expiration of the old contract and the signing of the current contract in mid August. I feel that since the new contract was not in effect during these days, the LWO covered these employees. Consequently, they are owed the appropriate \$12 per hour. We have had one brief meeting with management at which they denied our request saying that these wages were surrendered at the bargaining secessions and consequently are not covered by the LWO.

4) As already mentioned, the larger issue deals with the company's insistence that the employees already on the payroll on July 1, 2007, can't be eligible to receive the living wage until after having passed probation. Although the new contract requires that employees hired after July 1 must wait 6 months, the employees hired before this date should not loose what they already earned up to the point of the signing.

When I receive the LWO complaint forms I will supply what information is required, along with a copy of the current contract, and return them promptly. Hopefully, this whole issue can be settled quickly. I continuously find myself returning to the question of how can employees on the convention center payroll on July 1, 2007, although not having passed probation, suddenly loose money owed to them under the LWO with the signing of a new contract.

I indicated in a letter to the corporation that this does not concern a great deal of money, and our employees deserve better treatment. Hopefully, your agency sees this as a misinterpretation of the LWO that can quickly be remedied.

Sincerely,

C08-007



THE CITY OF SAN DIEGO  
MAYOR JERRY SANDERS

M E M O R A N D U M

DATE: April 25, 2008

TO: Nora Nugent, Supervising Management Analyst, Purchasing and Contracting

FROM: Andrew Field, Assistant Deputy Director, Park and Recreation/Open Space Division

SUBJECT: Request for Living Wage Ordinance Investigation for Landscape Maintenance Contractor in the Eastgate Technology Maintenance Assessment District

---

Around November 2007, Grounds Maintenance Manager John Mellein spoke with three employees of the TruGreen Landscape Company regarding their hourly pay rate as part of the Eastgate Technology Maintenance Assessment District. According to Mr. Mellein, these employees indicated that their hourly rate was \$7 to \$8/hour. This hourly rate would not be compliant with the City's Living Wage Ordinance, which requires minimum pay of \$12.41/hour.

The annual cost of the landscape contract (Bid Number 7009-05-Y) is \$101,944 per Pricing Agreement 8070096-0. The bid was in its first option year in November 2007 and was renewed on January 1, 2008, for its second option year. The contractor typically has between three and six employees on site each day.

I respectfully request your department to investigate whether there is any validity to Mr. Mellein's findings regarding the employee pay rate at TruGreen for the Eastgate Technology Park Maintenance Assessment District landscape contract. Currently, Grounds Maintenance Manager Tim Rogers is the contract administrator and inspector due to changes in assignments within the Maintenance Assessment District Program. However, Mr. Mellein is available to answer questions about his conversation with employees in November 2007.

Thank you for your assistance with this issue. We are more than happy to provide assistance with the investigation. Please feel free to contact me at (619) 533-6724 with any questions or concerns.

A handwritten signature in cursive script that reads "Andrew Field".

Andrew Field  
Assistant Deputy Director

cc: Chris Zirkle, Deputy Director, Park and Recreation  
Joe Henderson, District Manager, Park and Recreation  
Angel Prado, District Manager, Park and Recreation  
John Mellein, Grounds Maintenance Manager, Park and Recreation  
Tim Rogers, Grounds Maintenance Manager, Park and Recreation  
Frank Moreno, Procurement Specialist, Purchasing and Contracting



#C09-002

09/10/08

12:35

NOT CITY RECLAMATION PLANT -> 916195333240

NO.032 001

### EMPLOYEE COMPLAINT FORM FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

#### COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: N.M.S. Management Inc.  
 Nombre de la Compañía: N.M.S. Management Inc.  
 Company Address: 155 West 35th Street, Suite D. National City CA 91950  
 Dirección de la Compañía: 155 West 35th Street, Suite D. National City CA 91950  
 Company Phone: (619) 425-0440  
 Teléfono de la Compañía: (619) 425-0440  
 Work Site Address: NC W.R.P. 4949 Eastgate Mall S.D. CA 92121  
 Sitio de Trabajo: NC W.R.P. 4949 Eastgate Mall S.D. CA 92121  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

#### EMPLOYEE INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: Waste water reclamation  
 Hourly Rate Paid: \_\_\_\_\_ Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: \$10.58 Sueldo por horas extras:   
 Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company?  
 Título de Trabajo: Janitor ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía?  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? NO ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

#### EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DE EMPLEADO

no me dan beneficios  
me dan 1 semana de vacaciones al año  
me dan solo 7 horas de trabajo al día  
me quitaron 1 hora de trabajo.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas esp:

Signature: \_\_\_\_\_  
Firma del empleado

9/9/08  
Date - Fecha

#### FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

#C09-003

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing & Contracting Depa  
Living Wage Administrator  
1200 Third Avenue, Suite 20  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Grace Building Maintenance CO Inc.  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 3580 Wilshire Blvd. Suite 1440.  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: (713) 386 2003  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: To 10 th Ave terminal calle cesar chavez. = Park Coronado del puerto  
Sitio de Trabajo: Park Cesar chavez C PKWY 1440 Glorieta Blvd 200 etc.  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente: Z

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: Social Security Number:  
Su Nombre: Número de Seguridad Social:  
Address: Dirección:  
Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residencia Trabajo:  
Hourly Rate Paid: Overtime Rate Paid:  
Sueldo por hora: \$ 750 X Quincena Sueldo por horas extras: N/A  
Current job title: Janitorial How long have you worked for this company?  
Título de Trabajo: ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? 2 meses y m  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? NO ¿Si Si, cuánto le hace paga por sus beneficios? N/A

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

YO trabajo para la compañía Grace Building CO, Inc. como trabajadora de la limpieza desde los últimos de Junio, 2008 hasta Agosto 31 2008. Por parte de los compañeros del METF me enteré de mis derechos y leyes básicas, ya le había pedido pago con deducciones anteriormente. Pero después que mejor aprendí mis derechos le pregunte mejor sobre ellos. Horacio el supervisor de la compañía, empezó a darme presión en el trabajo y a perseguirme. Use the reverse side if needed / Use el reverso si requiere de más espacio

Signature - Firma del Empleado

Date - Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt:

LWO Analyst:

Contract Number:

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: Grace Building Maintenance Co Inc.  
 Nombre de la Compañía: Grace Building Maintenance Co Inc.  
 Company Address: 3580 Wilshire Blvd. Suite 1440.  
 Dirección de la Compañía: 3580 Wilshire Blvd. Suite 1440.  
 Company Phone: (213) 386 2003  
 Teléfono de la Compañía: (213) 386 2003  
 Work Site Address: Baños en Park Cesar Chavez, Glorietta blv. 200, Mullix Dr.  
 Sitio de Trabajo: Baños en Park Cesar Chavez, Glorietta blv. 200, Mullix Dr.  
 Supervisor Name: ii  
 Superintendente/Gerente: ii

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: \_\_\_\_\_ Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: \$ 750 x quincena Sueldo por horas extras: N/A  
 Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company?  
 Título de Trabajo: Janitor ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? 3 años  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? NO ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

El señor \_\_\_\_\_ me suspendió de mi trabajo el día 8/31/08, y el día 9/05/08 me fue a ver a mi casa en un liquor que está a un lado para decirme que me cambiaría de lugar de trabajo, esto ha sido porque yo he apoyado a mi compañera \_\_\_\_\_ en defender sus derechos y porque yo también he preguntado por los míos, desde que el señor Horacio supo que yo estaba hablando \_\_\_\_\_

Use reverse side if needed / Use el reverso si requiere de mas espacio

\_\_\_\_\_  
Signature · Firma del Empleado

9-10-08  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

#C09-004

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: *Krueger Landscape*  
Nombre de la Compañía: *Krueger Landscape*  
Company Address: *39716 Mt blanc st Murrieta, CA 92562.*  
Dirección de la Compañía: *39716 Mt blanc st Murrieta, CA 92562.*  
Company Phone: *(858) 248 5299 y (619) 838-6933*  
Teléfono de la Compañía: *(858) 248 5299 y (619) 838-6933*  
Work Site Address: *9949 Eastgate Mall SD CA North city water reclamation plan*  
Sitio de Trabajo: *9949 Eastgate Mall SD CA North city water reclamation plan*  
Supervisor Name: *-*  
Superintendente/Gerente: *-*

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: *-* Social Security Number: *-*  
Su Nombre: *-* Número de Seguridad Social: *-*  
Address: *-*  
Dirección: *-*  
Telephone number Home: *-* Work: *-*  
Número de teléfono Residencia: *(619) 571 1551* Trabajo: *-*  
Hourly Rate Paid: *\$10 y 11 x hora* Overtime Rate Paid: *N/A*  
Sueldo por hora: *\$10 y 11 x hora* Sueldo por horas extras: *N/A*  
Current job title: *Jardinero* How long have you worked for this company?  
Título de Trabajo: *Jardinero* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *7 ano 4m*  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? *N/A* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Yo , trabaje por Krueger Landscape como encargado de la jara desde Abril, 5, 2007 hasta Agosto, 15, 2008 por parte de los compañeros del m me entere de mis derechos y leyes basicas. Ya le habia reclamado unos cheques sin fondos anteriormente. Pero despues que mejor entendi mis derechos le preguntaba mas sobre ellos. y, el dueño de la Compañi me empeco a decir que yo era muy problematico. El MCTF le mando Una carta por mi parte pidiendo que respete mis*

Use reverse side if need

Use el reverso si require de mas esp

Signature · Firma del Empleado

Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: *9-26-08*

LWO Analyst: *Michele Alami*

Contract Number: *B. & No 8.*

#109-005

# EMPLOYEE COMPLAINT FORM FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Depart  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

## COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: *Aztec Landscaping Inc.*  
 Nombre de la Compañía: *Aztec Landscaping Inc.*  
 Company Address: *7970 Lemon Grove Way - Lemon Grove CA 91945*  
 Dirección de la Compañía: *7970 Lemon Grove Way - Lemon Grove CA 91945*  
 Company Phone: *1 800 - 381 9909*  
 Teléfono de la Compañía: *1 800 - 381 9909*  
 Work Site Address: *Carmel Vally Branch Library / Calle Carmel country / Parque Ashley Falls Dr y De*  
 Sitio de Trabajo: *3119 Townsgate Dr / Area Carmel Vally / Mar Heights Rd.*  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

## EMPLOYEE INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: \_\_\_\_\_ Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: *\$ 7.50 y \$12.00* Sueldo por horas extras: *\$65 x 8 horas*  
 Current job title: *Jardinero* How long have you worked for this company? *Julio / 2006*  
 Título de Trabajo: *Jardinero* ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? *Abril / 2008*  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? *no* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

## EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DE EMPLEADO

Yo, \_\_\_\_\_ trabajo para la Compañia Aztec, en el puesto de Mantenimiento de Jardines desde Julio, 2006 hasta Abril, 11, 2008 trabajo en parques, bibliotecas y calles de la área Carmel. Mi sueldo fue Irregular. En algunos periodos me pagaron \$7.50 y en otro \$12.00 por hora. Cuando trabajaba overtime los sábados me pagaban \$65.00 por 8 horas, el pago era en cash. Tampoco me dieron completo el beneficio de tomar 10 días libres pagados, ni me avisaron de los días libres sin pago. Cuando me despidieron no me pagaron mis vacaciones de este último año. por los compañeros del MCF me entere del sueldo digno. La Compañia nunca me Use reverse side if needed Informo del sueldo digno, no recibí un Retroactivo y únicamente me Use el reverso si require de mas espacio dar una semana de vacaciones.

\_\_\_\_\_  
Signature · Firma del Empleado

*8-26-08*

Date · Fecha

## FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: *10-20-2008* LWO Analyst: *Michele Alonzo*

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: Artec Landscaping, Inc.  
 Nombre de la Compañía: Artec Landscaping, Inc.  
 Company Address: 7970 Lemon Grove Way, Lemon Grove, CA 91945  
 Dirección de la Compañía: 7970 Lemon Grove Way, Lemon Grove, CA 91945  
 Company Phone: 1(800) 281 9909  
 Teléfono de la Compañía: 1(800) 281 9909  
 Work Site Address: Carmel Valley Branch Library / Calle Carmel Country / Parque Ashley Falls Dr. y  
 Sitio de Trabajo: 3119 Townsgate Dr. en Carmel Valley Del Mar Heights Ad.  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: \$9.00 hora al principio Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: despues \$12.41 Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
 Current job title: Jardinero How long have you worked for this company?  
 Título de Trabajo: Jardinero ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? 8 meses  
 Do you receive health benefits? No If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? No ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

Yo, \_\_\_\_\_ trabajé para la compañía Artec durante el periodo 8/06/07 a 4/11/08 en parques y librerías. La compañía al principio me pago \$9.00 por hora durante un mes aproximadamente. Tampoco me dieron el beneficio de tener 10 días libres pagados, ni me avisaron de 10 días libres sin pago. Por parte del MCTF me entere que la compañía devia pagarme un salario digno. Cuando la compañía me despidió no me di ningún retroactivo ni me pago días de vacaciones.

Signature · Firma del Empleado

Date · Fecha

10/16/08

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: 10-20-2008

LWO Analyst: Michela Alano

Contract Number: 5493-02

#C09-004

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: WACKENHUT Security  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 5030 Camino de LA Fiesta Suite 101 S.D. Ca 92108  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: 619-295-2394  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: 5148 MARKET ST, SAN Diego Ca. 92114  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
Superintendente/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección:  
Telephone number Cell Home: \_\_\_\_\_ Work: Security Guard  
Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
Hourly Rate Paid: 10.58 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: Security Guard, at Library How long have you worked for this company? 5 years  
Título de Trabajo: ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía?  
Do you receive health benefits? yes If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

Raise was given July 1st of 08, I was making \$10.34 as of Oct. 1st paycheck I got a raise of \$10.58. Do I get back pay as of July?

Use reverse side if need  
Use el reverso si require de mas espacio

[Signature]  
Signature · Firma del Empleado

Oct. 28-08  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: 11-07-2008 LWO Analyst: Michelle Alano Contract Number: \_\_\_\_\_

#C09-007

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name:  
Nombre de la Compañía: Contemporary Design Landscape  
Company Address:  
Dirección de la Compañía: 1413 Via Salerno Escondido, CA 92026  
Company Phone:  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address:  
Sitio de Trabajo: Estaciones de policia, estacion de bomberos y algunas calles.  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name:  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Social Security Number:  
Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address:  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residencia Trabajo:  
Hourly Rate Paid: \$10.00 Overtime Rate Paid:  
Sueldo por hora: \$10.00 Sueldo por horas extras:  
Current job title: Jardinero How long have you worked for this company? Año y 4  
Título de Trabajo: Jardinero ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? meses aprox  
Do you receive health benefits? NO If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? NO ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? N/A

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

Yo, \_\_\_\_\_ trabajo para la compañía Contemporary en el periodo de abril 15, 2007 a agosto 10, 2008 aproximadamente, con un sueldo de \$10 por hora. Cuando me contrato la compañía, no me informaron nada acerca de la ordenanza ni los beneficios, fue por medio del MCTE que me entere que debía ganar un salario digno y tener algunos beneficios como días pagados y no pagados para vacaciones o uso personal. Cuando sali de compañía no recibí ningún retroactivo por estos beneficios. Use reverse side if needed / Use el reverso si requiere de mas espacio

[Signature] Signature / Firma del Empleado 11-5-08 Date / Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: 11-10-2008 LWO Analyst: Michele Alano Contract Number:



**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name:  
Nombre de la Compañía: *Contemporary Design Landscape*

Company Address:  
Dirección de la Compañía: *1413 Via Salerno Escondido, CA 92026*

Company Phone:  
Teléfono de la Compañía:

Work Site Address:  
Sitio de Trabajo: *Estaciones de Policia en Rancho Peñasquitos, La Jolla, De del Mar.*

Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: *T* Social Security Number:  
Su Nombre: *1* Número de Seguridad Social:

Address:  
Dirección:

Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residencia Trabajo:

Hourly Rate Paid: *\$ 10.00 por hora* Overtime Rate Paid: *\$ 10.00 por hora*  
Sueldo por hora: *\$ 10.00 por hora* Sueldo por horas extras: *\$ 10.00 por hora*

Current job title: *Jardinero* How long have you worked for this company? *1 año y medio*  
Título de Trabajo: *Jardinero* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *aproximad*

Do you receive health benefits? *NO* If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Si, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Yo, T trabajo para la compañía Contemporary durante el periodo 01/01/07 a fines de julio 2008 aproximadamente, mi trabajo fue en estación de policía. Cuando la compañía me contrato no me explico acerca de la ordenanza, mi sueldo fue de \$ 10.00 x hora. Por medio de MCTF me entere la compañía debía pagarme un salario digno, días libres pagados y que tambien tenia derecho a días libres no pagados. Cuando la compañía me despidio no me dio ningun pago por estos beneficios.*

Use reverse side if nee  
Use el reverso si require de mas esp

Signature · Firma del Empleado

*x 10 / 22 / 08*  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: *11-7-2008* LWO Analyst: *Michele Alano* Contract Number:

#C09-008

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: *Quality Way Building Maintenance*  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: *2712 Transportation Ave. suite D National City, CA 91951*  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone:  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: *Estacion de Policia 1401 Broadway, MS 700 San Diego, CA. 92101*  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social:  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: *8-*  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo:  
Hourly Rate Paid: *\$12.70* Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: *\$12.70* Sueldo por horas extras:  
Current job title: *Janitor* How long have you worked for this company? *2 años*  
Título de Trabajo: *Janitor* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía?  
Do you receive health benefits? *NO* If Yes, how much do you pay for your benefits? \_\_\_\_\_  
¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

*Yo, trabajo para esta compañía desde junio 2006, no tengo tiempo completo pero trabajo entre 40 a 48 horas por quincena, mi sueldo era de \$7.75 por hora fue hasta 8/11/07 que me aumentaron a \$12.41, no me dan tiempo para break o lunch, tampoco días para vacaciones. En agosto 2008 me dieron un retroactivo de \$4,000 aproximadamente, quisiera saber si tengo derecho a vacaciones o si el retroactivo que recibí es correcto.*

*\* Por favor quiero que mi caso sea confidencial.*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

Signature · Firma del empleado

Date · Fecha

*12/04/08*

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: *12-10-2008* LWO Analyst: *Michele Alamo* Contract Number: *3786-01-T*

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: *Quality Way Building Maintenance*  
 Nombre de la Compañía: *Quality Way Building Maintenance*  
 Company Address: *2712 Transportation Ave. Suite D National City, CA 91950*  
 Dirección de la Compañía: *2712 Transportation Ave. Suite D National City, CA 91950*  
 Company Phone: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 Work Site Address: *Estacion de Policia (City Heights)*  
 Sitio de Trabajo: *Estacion de Policia (City Heights)*  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: *\$12.70 por hora* Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: *\$12.70 por hora* Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
 Current job title: *Janitor* How long have you worked for this company?  
 Título de Trabajo: *Janitor* ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? *5 años*  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? \_\_\_\_\_

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Yo, he trabajado para la compañía desde julio 2003, cuando la ordenanza comenzó en julio 2006 mi sueldo era menor, \$750 aproximadamente, en agosto 2007 \$12.41. En agosto 27, 2008 recibí un retroactivo de \$4,917.69, también he tomado solo cinco días de vacaciones. Quisiera saber si esto es correcto o aun se me debe. La compañía nunca me informó de los beneficios de la ordenanza, fue por MCTF que yo me entere, a partir de que empere a preguntar a la compañía por mis derechos he notado cierta presión en mi trabajo por parte de la misma, lo cual se me hace injusto.*

Signature / Firma del Empleado

Date / Fecha *11-25-08*

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: *12-10-2008* LWO Analyst: *Michele Alano* Contract Number: *3786-01-T*

*\* Me gustaría que mi caso sea confidencial por favor.*

#C09-009

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: *Qualityway Building Maintenance*  
 Nombre de la Compañía: *Qualityway Building Maintenance*

Company Address: *2712 Transportation Ave, Suite D, National City 91950*  
 Dirección de la Compañía: *2712 Transportation Ave, Suite D, National City 91950*

Company Phone: *(619) 336 4676*  
 Teléfono de la Compañía: *(619) 336 4676*

Work Site Address: *Estacion de Policia 1401 Broadway, MS 700 San Diego, CA 92101*  
 Sitio de Trabajo: *Estacion de Policia 1401 Broadway, MS 700 San Diego, CA 92101*

Supervisor Name: *n*  
 Superintendente/Gerente: *n*

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: *n* Social Security Number:  
 Su Nombre: *n* Número de Seguridad Social:

Address:  
 Dirección:

Telephone number Home: Work:  
 Número de teléfono Residencia Trabajo:

Hourly Rate Paid: *\$13.00* Overtime Rate Paid:  
 Sueldo por hora: *\$13.00* Sueldo por horas extras: *NO*

Current job title: *Limpiera* How long have you worked for this company?  
 Título de Trabajo: *Limpiera* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *4 años aproxim.*

Do you receive health benefits? *NO* If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Yo... llevo trabajando aproximadamente cuatro años, con la compañía, pero cuando la indemniza entro en julio 2006 nose me informo acerca de cuales serian mis beneficios. En agosto 2008 personal del Fideicomiso de cooperacion en mantenimiento (MCTE) me dio informacion sobre esos beneficios y mis derechos como trabajador. En noviembre 14, 2008 recibí un cheque sin fondos, le llame a *s.* dueño de la compañía y le pregunte acerca de ese cheque y que si*

Signature: Firma del Empleado

*2/03/09*  
Date: Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: *29.2009* LWO Analyst: *Michele Alano* Contract Number:

#C09-010

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: *Quality Way Building Maintenance*  
 Nombre de la Compañía: *Quality Way Building Maintenance*  
 Company Address: *2712 Transportation Ave. Suite D*  
 Dirección de la Compañía: *2712 Transportation Ave. Suite D*  
 Company Phone: *(619) 336 4676*  
 Teléfono de la Compañía: *(619) 336 4676*  
 Work Site Address: *Estacion de policia 1401 Broadway, MS 700 San Diego, CA 92101*  
 Sitio de Trabajo: *Estacion de policia 1401 Broadway, MS 700 San Diego, CA 92101*  
 Supervisor Name: *[Signature]*  
 Superintendente/Gerente: *[Signature]*

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: *[Signature]* Social Security Number: *[Blank]*  
 Su Nombre: *[Signature]* Número de Seguridad Social: *[Blank]*  
 Address: *[Blank]*  
 Dirección: *[Blank]*  
 Telephone number Home: *[Blank]* Work: *[Blank]*  
 Número de teléfono Residencia: *[Blank]* Trabajo: *[Blank]*  
 Hourly Rate Paid: *\$12.70* Overtime Rate Paid: *[Blank]*  
 Sueldo por hora: *\$12.70* Sueldo por horas extras: *[Blank]*  
 Current job title: *Limpieza* How long have you worked for this company? *5 años aprox.*  
 Título de Trabajo: *Limpieza* ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? *5 años aprox.*  
 Do you receive health benefits? *NO* If Yes, how much do you pay for your benefits? *N/A*  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Yo trabajo para esta compañía desde el año 2003 y no he tenido quejas por mi trabajo. Entiendo por parte de [Signature] un personal de la estacion que recibe todas las quejas que si hay quejas de otros sitios pero en el que yo trabajo no ha recibido ninguna. Al contrario tengo una nota que me dio el Sgt. [Signature]. Cuando la ordenanza entro en julio 2006 la compañía no me informo acerca de mis beneficios. Tiempo despues*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature · Firma del Empleado

Date · Fecha

*2/03/09*

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: *2.9.09* LWO Analyst: *Michele Alano* Contract Number: *[Blank]*

#C09-011

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: *Ponderosa Landscape Inc.*  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: *1860 Joe Crosson Dr., ste. A El Cajon, CA 92020*  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: *(619) 448 5300*  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: *Paradise Hills, skyline, Logan Heights, Ocean Beach, etc.*  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social:  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección:  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
Hourly Rate Paid: *\$12.72* Overtime Rate Paid: *N/A*  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: *Jardinero* How long have you worked for this company?  
Título de Trabajo: ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *8 años aprox*  
Do you receive health benefits? *No* If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Yo, le trabajado para esta compañía por 8 aproximadamente  
Cuando la compañía toma contratos con la ciudad a mí se me asignaron  
algunos lugares, mi horario era variable, algunas horas para la ciudad y otras no.  
Mi reclamo es que cuando sali de trabajar de la compañía, no se me  
pagaron las ultimas 32 horas que trabaje de las cuales 13 horas  
aproximadamente fueron en lugares bajo la ordenanza.*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

\_\_\_\_\_  
Signature · Firma del Empleado

*01-12-09*  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: *3-12-09* LWO Analyst: *Michele Alonso* Contract Number: *9144-08-Q*

#C09-012

# EMPLOYEE COMPLAINT FORM FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

### COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: *Contemporary Design Landscape.*  
 Nombre de la Compañía: *Contemporary Design Landscape.*  
 Company Address: *1413 Via Salerno, Escondido, CA 92026.*  
 Dirección de la Compañía: *1413 Via Salerno, Escondido, CA 92026.*  
 Company Phone: *(760) 807-9056*  
 Teléfono de la Compañía: *(760) 807-9056*  
 Work Site Address: *Estacion de Policia de Mid city Estacion de policia central*  
 Sitio de Trabajo: *4310 Landis st San Diego CA 92105 2501 Imperial Ave, San Diego CA 92102. etc.*  
 Supervisor Name:  
 Superintendente/Gerente:

### EMPLOYEE INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: / Social Security Number:  
 Su Nombre: / Número de Seguridad Social:  
 Address: /  
 Dirección: /  
 Telephone number Home: / Work:  
 Número de teléfono Residencia: / Trabajo:  
 Hourly Rate Paid: *\$ 9.00 \$ 10.00 x hora.* Overtime Rate Paid:  
 Sueldo por hora: *\$ 9.00 \$ 10.00 x hora.* Sueldo por horas extras: *NO*  
 Current job title: *Jardinero.* How long have you worked for this company? *Mayo/11/06*  
 Título de Trabajo: *Jardinero.* ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? *Nov/11/07*  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

### EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DE EMPLEADO

Yo, *[Signature]* declaro que trabaje como empleado de la compañía Contemporary en el puesto de Jardinería.  
 En Febrero 6, 2009, la compañía me mando un pago retroactivo por la cantidad de \$1,170.92 y una carta explicándome el salario digno. Yo pienso que se me debe mas, pero me gustaria saber si este retroactivo es correcto, porque la compañía me esta reportando que yo trabaje con ellos del periodo de junio, 01, 2007 a Noviembre, 30, 2007, pero yo empecé a trabajar en Abril, 21, 2006 y fui despedido, en Noviembre 23, 2007. Use el reverso si requiere de mas espacio

*[Signature]* Signature · Firma del Empleado *3/25/09* Date · Fecha

### FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: *4-23-2009* LWO Analyst: *Michelle Alano* Contract Number: *6508-04H*

#C09-013

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: *Contemporary Design Landscape.*  
Nombre de la Compañía: *Contemporary Design Landscape.*  
Company Address: *1413 Via Salerno Escondido, CA 92026*  
Dirección de la Compañía: *1413 Via Salerno Escondido, CA 92026*  
Company Phone: *(760) 807 9056*  
Teléfono de la Compañía: *(760) 807 9056*  
Work Site Address: *Estacion de Policia Headquarters Central Division*  
Sitio de Trabajo: *1401 Broadway, MS 700 San Diego, CA. 2501 Imperial Ave. San Diego CA*  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hourly Rate Paid: *\$ 9.00* Overtime Rate Paid: *NO*  
Sueldo por hora: *\$ 9.00* Sueldo por horas extras: *NO*  
Current job title: *Jardinero* How long have you worked for this company?  
Título de Trabajo: *Jardinero* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *6 meses*  
Do you receive health benefits? *NO* If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

Yo, *trabaje con la compañía aproximadamente 5 meses, mayo a octubre 2009*  
*Cuando empecé a trabajar el acuerdo con \_\_\_\_\_ fue que me pagarían*  
*\$12.00 por hora porque era trabajo de la ciudad, durante el tiempo que trabaje me*  
*pagarían \$ 9.00 por hora, yo pregunte a \_\_\_\_\_ porque no me pagaban a \$ 12.00 y*  
*el me decía que en el proximo cheque. Yo no sabia acerca de la ordenanza*  
*del salario digno y me gustaría saber si por el tiempo y las lugares en*  
*que trabaje yo aplicaba para el LWO. Gracias*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

Signature · Firma del Empleado

*3125109*  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: *5-11-09* LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_



Thank you for taking the time to speak with me at the recent Living Wage Ordinance 5-Year Celebration. As you now know, after the LWO was enacted into law and made applicable to the San Diego Convention Center, many security and event staff subcontractors have snubbed their noses at the LWO requirements, and have successfully bid for work for conventions at rates which cannot support the payment of LWO.

The company of [redacted], a security and event staffing firm headquartered in San Diego, has performed convention work at the San Diego Convention Center for well over a decade and has complied with paying our employees the legally required living wage as stipulated by the LWO.

We have consistently built in the LWO wage as part of our bids and contracts for applicable conventions based upon its understanding, garnered from both its own legal counsel and from the City's LWO enforcement personnel, that the LWO must be paid by security subcontractors who work at any convention in which \$ 350,000 or more in gross revenue is generated. Most, if not all, of the conventions taking place at the SDCC meet this gross revenue threshold.

We have received anecdotal accounts from individuals who worked for other security companies that these companies have failed to pay LWO wages at qualifying conventions, and that these companies in fact pay several dollars an hour below the LWO wage to employees who staff such events.

On behalf of [redacted] and other business complying with the LWO, I request that the City Council take immediate action to follow through on LWO enforcement at all LWO venues immediately, so that the playing field for all companies is leveled and workers receive the full lawful benefits required by the LWO.

**A payroll audit of all SDCC security contractors for the past year may be the most effective way for the Council to determine the extent of any on-going non-compliant practices. If employees are identified in such audit, it would be quite simple to contact such employees for a brief interview to determine whether they were paid the LWO when working at qualifying LWO events at the SDCC.**

If your office would like access to the legal analysis which has been performed for [redacted] on this issue, please let me know and I would be happy to provide you with same.

I look forward to hearing from you regarding your plans to rectify this problem and the opportunity to meet with you to discuss this issue further.

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Merchants, building maintenance  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 9555 Distribution Ave. Miramar Road Suite. 102 92121  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: 858) 455-0163  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: North city water reclamation plant. Metropolitan wastewater.  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name: .....er  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social:  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección:  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia Trabajo:  
Hourly Rate Paid: \$11.00 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: Tanitor How long have you worked for this company?  
Puesto: ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 1 mes  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted prestaciones médicas? NO ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas? N/A

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

yo. trabajo para la Compañia Merchants.  
mi sueldo por hora es \$11.00.  
Pero no estoy recibiendo beneficio Medico.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature ..... Firma del Empleado

5/5/10  
Date Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 5-5-2010 LWO Analyst: [Signature] Contract Number: 9613-09-L

C10-003

City of San Diego, Living Wage

---

**From:**  
**Sent:** Monday, May 03, 2010 8:26 AM  
**To:**  
**Subject:** 9610-10-L

Good Morning

I shared this information with \_\_\_\_\_ who directed me to contact you. NMS Management recently started a new contract \_\_\_\_\_ providing janitorial service for us at the landfill and a few other sites citywide. One of the janitors who worked at our site informed us she was only making \$5.00 per hour and when she asked for more money from the company she was told that was all they could afford to pay. The lady's name is \_\_\_\_\_ and her last day with us was Friday. She told us she could not afford to work for those wages and I believe she left the company. She left a phone number \_\_\_\_\_ ) just in case we came into contact with the people who run the company that use to clean our facility in hopes of getting work with them. There is a gentlemen on the same crew with \_\_\_\_\_. I believe he is staying with the company. We were also informed he only makes \$5.00 per hour.

Thanks and let me know if you have any questions.

C10-004

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: *Wackenhut Corp.*  
 Nombre de la Compañía: *Wackenhut Corp.*  
 Company Address: *5030 Camino Dela Suieta*  
 Dirección de la Compañía: *5030 Camino Dela Suieta*  
 Company Phone: *619 295-2394*  
 Teléfono de la Compañía: *619 295-2394*  
 Work Site Address: *208 C Street*  
 Sitio de Trabajo: *208 C Street*  
 Supervisor Name:  
 Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: *[Signature]* Social Security Number:  
 Su Nombre: *[Signature]* Número de Seguridad Social:  
 Address:  
 Dirección:  
 Telephone number Home: Work: *work nextel*  
 Número de teléfono Residencia Trabajo:  
 Hourly Rate Paid: *13.20* Overtime Rate Paid: *4.50*  
 Sueldo por hora Sueldo por horas extras:  
 Current job title: *USD Security Officer* How long have you worked for this company? *over 8 yrs*  
 Puesto: ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
 Do you receive health benefits? *NO* If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted prestaciones médicas? ¿Si Si, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

*Called to request how much time on books since I have not used any paid days for the year 2010. I was told by both Staff Person that I had 0 hrs and is negative 24 hrs. I called B/S to ask how did she, Human Resource, come up with the 404 hrs and she responded that I took my vacation from 2007, 2008 and 2009 and to date am -24 hrs. I said* Use reverse side if needed  
 Use el reverso si requiere de mas espacio

*[Signature]* *[Signature]* *Over*  
 Signature · Firma del Empleado Date · Fecha *5/6/10*

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: LWO Analyst: Contract Number:

#CU-001

To Whom this Concern,

This letter is regarding issues that are occurring in our workplace. We believe our rights are being violated, we fear our jobs will be taking away and for this reason we wish to remain anonymous.

Starting the year 2009 our two bosses, \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_, of Acasia Landscape inc. gave us, the workers, the option of getting paid holidays or receiving ten days paid vacation per calendar year. We decided to go ahead and get paid the ten days of vacation per year. In the year 2009, out of thirteen workers, only two workers received the full paid vacations. The remaining eleven workers were only paid five days of vacation. We are now in the year 2010 and are still waiting for the rest of the promised vacation. So far we are owed 15 days of paid vacation time. When we approach our bosses about our paid time off we are turned away with insults, put downs and threats. We no longer ask for our vacations in fear that we will be laid off by our bosses. So far in the year 2010 only two workers have been paid the full ten days of vacation. We are constantly pushed to do work that is clearly too much to handle. Our bosses ask us to start working at 6:00 am and end work at 3:30 pm. In some occasions we are not allowed to take a lunch or break. We are forced to work from 6 am straight into 3 o clock none stop. These exploitations are starting to cause health problems to some of the workers. When we ask our bosses about our rights, they answer us with sarcasm, insults and more threats. We do not know what to do. If we speak out we know we will lose our jobs. We wish to be paid decently and be treated humanly and with respect. We appreciate your time and attention.

Thank You

Rec'd 7-15-2010

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: *A Dingle Enterprises & Dingle Corporation / sub de Jani King*  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: *3228 West Canyon Avenue San Diego CA 92105*  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: *Adrian D. (619) 454-3379 Ray (619) 723-6892*  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: *1- Qualcomm stadium 2- Training Center chargers 3- Tilted Kilt Restaurant- 4- South Bay de chula Vista court 5- UCSD la Jolla.*  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hourly Rate Paid: \_\_\_\_\_ Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: *\$12.41, \$8.00, \$12.70, \$10.00 y \$13.20* Sueldo por horas extras:  
Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company? *Sep-3-2007*  
Título de Trabajo: *Limpieza.* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *abril-14-2010*  
Do you receive health benefits? \_\_\_\_\_ If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

*Yo, \_\_\_\_\_ trabajo para la compañía Dingle Corporation & Dingle Enterprises. Mi trabajo era de limpieza y después de cierto tiempo me nombraron encargada (lead). Cuando me dieron el trabajo, nadie de la Compañía me informo acerca de mis beneficios Cubiertos por la Ordenanza. fui despedida y no se me pago de acuerdo a la ordenanza. me enteré de los beneficios que debí haber tenido bajo la ordenanza por una amiga quien me refirió con: El Fideicomiso de Cooperación en Mantenimiento (MCTF)*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

Signature · Firma del Empleado

Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: *11-18-2010* LWO Analyst: *Michelle Mano* Contract Number: *Qualcomm*

*Rec'd.* Bid No *8432-07-6*

# C11-004

# EMPLOYEE COMPLAINT FORM FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

## COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: *NIPSSHO OF CALIFORNIA INC.*  
 Nombre de la Compañía: *NIPSSHO OF CALIFORNIA INC.*  
 Company Address: *1902 S. SANTA FE AV. VISTA CA 92083*  
 Dirección de la Compañía: *1902 S. SANTA FE AV. VISTA CA 92083*  
 Company Phone: *(760) 727-9719*  
 Teléfono de la Compañía: *(760) 727-9719*  
 Work Site Address: *TORREY HILLS*  
 Sitio de Trabajo: *TORREY HILLS*  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

## EMPLOYEE INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number *cell* Home \_\_\_\_\_ Work: *LANDSCAPE (Landscaping)*  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: *LANDSCAPE (Landscaping)*  
 Hourly Rate Paid: *\$13.20* Overtime Rate Paid: *THEY DIDN'T PAY*  
 Sueldo por hora: *\$13.20* Sueldo por horas extras: *OVERTIME*  
 Current job title: *crew leader* How long have you worked for this company? *ONE YEAR*  
 Puesto: *crew leader* ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
 Do you receive health benefits? *NO* If Yes, how much do you pay for your benefits? *N/A.*  
 ¿Recibe usted prestaciones médicas? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?

## EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DE EMPLEADO

*foreman of the crew, mistreated all the crew except for (color man). He intimidated us by yelling and saying bad words (F word etc.). He made severe unfortunate comments like "I need to get people from other culture because there are too many people of this culture"*

Use reverse side if needed  
el reverso si requiere de mas espacio

Signature · Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Date · Fecha *03-24-2011*

## FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: *March 29, 2011* LWO Analyst: *Man Nujat* Contract Number: *9977-11Q*  
 460000577

#012-001

1042

(1)

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACION SOBRE LA COMPAÑIA

Company Name: Road Works  
Nombre de la Compañia: Road Works  
Company Address: 303 Short Street Pomona CA 91768  
Direccion de la Compañia: 303 Short Street Pomona CA 91768  
Company Phone: (909) 469 5101  
Teléfono de la Compañia: (909) 469 5101  
Work Site Address: City San Diego  
Sitio de Trabajo: City San Diego  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: [Redacted] Social Security Number:  
Su Nombre: [Redacted] Número de Seguridad Social:  
Address:  
Direccion:  
Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residencia Trabajo:  
Hourly Rate Paid: 13.20 Overtime Rate Paid:  
Sueldo por hora: 13.20 Sueldo por horas extras:  
Current job title: Labor How long have you worked for this company?  
Puesto: Labor ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 5 years  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted prestaciones médicas? NO ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas? X

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

Hemos estado descubriendo de algunas irregularidades que estan pasando en la compañía que quisiera estar seguro de que la compañía sigue las reglas que existe en el estado; son: Vacaciones, Dias festivos, Dias De enfermedad, Asseguranza, Solo nos an pagado el año 2011 a 13.20 P/h. L.W.  
Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

[Signature]

Signature · Firma del Empleado

07-05-11

Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: LWO Analyst: Contract Number:



#C12-002

1 of 2

①

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑIA		
Company Name: Nombre de la Compañía: ROAD WORKS, INC.		
Company Address: Dirección de la Compañía: 303 SHORT STREET		
Company Phone: Teléfono de la Compañía: 909 469 5101		
Work Site Address: Sitio de Trabajo: POMONA		
Supervisor Name: Superintendente/Gerente:		
EMPLOYEE INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO		
Your Name: Su Nombre:	Social Security Number: Número de Seguridad Social:	
Address: Dirección:		
Telephone number: Número de teléfono:	Home: Reside:	Work: Trabajo:
Hourly Rate Paid: Sueldo por hora: 13.20	Overtime Rate Paid: Sueldo por horas extras: \$18.00	
Current job title: Puesto: LEIVO GENERAL,	How long have you worked for this company? ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 8 AÑOS	
Do you receive health benefits? ¿Recibe usted prestaciones médicas? NO	If Yes, how much do you pay for your benefits? ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?	
EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DE EMPLEADO		
QUE NO RECIBO VACACIONES NI BENEFICIOS		
QUE TRABAJO EN LA YARDA OVERTIME A \$18		
QUE NO TENGO ASEGURANZA.		
QUE TENGO AÑOS TRABAJANDO ALLI LA HORA		
EN SAN DIEGO.		
Use reverse side if needed Use el reverso si requiere de mas espacio		

\_\_\_\_\_  
Signature · Firma del Empleado

02/05/11  
Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE		
Date of Receipt:	LWO Analyst:	Contract Number:

#C12-003

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACION SOBRE LA COMPANIA

Company Name: ROAD WORK INC.  
Nombre de la Compañia:  
Company Address: 303 Short Street Pomona CA, 91768  
Dirección de la Compañia:  
Company Phone: (909) 469-5101  
Teléfono de la Compañia:  
Work Site Address: city of san diego  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: MIKE RODRIGUEZ Social Security Number: 123-45-6789  
Su Nombre: Número de Seguridad Social:  
Address: 1000 7th Ave San Diego CA 92101  
Dirección:  
Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
Hourly Rate Paid: 13.20 hr. Overtime Rate Paid: 10.00 hr.  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: seal coater How long have you worked for this company?  
Puesto: ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 9 months  
Do you receive health benefits? yes If Yes, how much do you pay for your benefits? 1.25  
¿Recibe usted prestaciones médicas? ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

I have not been informed about my rights with LWO paid vacation, sick leave they have not been clear about the way we get paid. and I believe that we should get paid for prevailing wage and I think they are lying

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

[Signature]  
Signature Firma del Empleado

7-5-2011  
Date Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: LWO Analyst: Contract Number:

#C12-004

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACION SOBRE LA COMPAÑIA

Company Name: ROAD WORKS  
 Nombre de la Compañía: ROAD WORKS

Company Address: 303 SHORT ST  
 Dirección de la Compañía: 303 SHORT ST

Company Phone: 909-469-5101  
 Teléfono de la Compañía: 909-469-5101

Work Site Address: CITY OF SAN DIEGO  
 Sitio de Trabajo: CITY OF SAN DIEGO

Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: 011-20-1171

Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: 110 VC INDEPENDENCE CA 92116

Telephone number 626 Home \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Hourly Rate Paid \$13.20 Overtime Rate Paid: \$10.00 HR.  
 Sueldo por hora: \_\_\_\_\_ Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_

Current job title: Labor How long have you worked for this company? 4 months  
 Puesto: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? \_\_\_\_\_

Do you receive health benefits? No If Yes, how much do you pay for your benefits? N/A.  
 ¿Recibe usted prestaciones médicas? \_\_\_\_\_ ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas? \_\_\_\_\_

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

Since I've been working for ROAD WORKS. I don't get paid  
 for ~~overtime~~ Overtime. The company (ROADWORKS) pays overtime  
 as VAED time \$10.00 hr. witch should be Overtime, \$18.30 hr.  
 And I am a full time employee

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

[Signature] \_\_\_\_\_ 7/5/11 \_\_\_\_\_  
 Signature · Firma del Empleado Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

#012-005

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑIA

Company Name: ROAD WORKS  
 Nombre de la Compañía: ROAD WORKS  
 Company Address: 303 SHORT ST  
 Dirección de la Compañía: 303 SHORT ST  
 Company Phone: (909) 469-5101  
 Teléfono de la Compañía: (909) 469-5101  
 Work Site Address: CITY OF SAN DIEGO  
 Sitio de Trabajo: CITY OF SAN DIEGO  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: 13.20 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: 13.20 Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
 Current job title: FORMAN FORMAN How long have you worked for this company?  
 Puesto: FORMAN FORMAN ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 12 AÑOS  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted prestaciones médicas? ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

APENAS MEDIOY CUENTA DE TODOS LOS  
BENEFICIOS QUE NO ERGIBIDO QUE SON:  
VACACIONES (Y ANTES NO NOS PAGAVAN LIVING WAGE  
DIAS FESTIVOS (ESTE ES EL PRIMER AÑO -2011)  
DIAS DE ENFERMO  
NO ASESURANZA Y -YOSDY FULL TIME

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature [Signature] Firma del Empleado

Date 7-5-11 Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLOAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

#012-006  
1 of 2

# EMPLOYEE COMPLAINT FORM FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:  
CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

### COMPANY INFORMATION INFORMACION SOBRE LA COMPAÑIA

Company Name: **ROAD WORKS, I.N.C**  
 Nombre de la Compañia: **ROAD WORKS, I.N.C**  
 Company Address: **303 SHORT ST. POMONA - CA 91768**  
 Dirección de la Compañia: **303 SHORT ST. POMONA - CA 91768**  
 Company Phone: **(909) 469-5101**  
 Teléfono de la Compañia: **(909) 469-5101**  
 Work Site Address: **POMONA**  
 Sitio de Trabajo: **SAN DIEGO**  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

### EMPLOYEE INFORMATION INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Reside: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: **\$10 909** Overtime Rate Paid: **~~14.25~~ OVERTIME \$10**  
 Sueldo por hora: **\$10 909** Sueldo por horas extras: **~~14.25~~ OVERTIME \$10**  
 Current job title: **LABOR** How long have you worked for this company?  
 Puesto: **LABOR** ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted prestaciones médicas? Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?

### EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DE EMPLEADO

I \_\_\_\_\_ have been working for Roadworks  
 for about 6 years and been working for City of San Diego  
 Living Wage Program for 4 years. I just found out  
 that Roadworks just started to pay me \$13.20/hr. starting  
 January 2011. I have also never got a vacation  
 Paid ~~for~~ Sick days or Holiday Pay

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature

7-05-11

Firma del Empleado

Date - Fecha

### FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

# C12-009

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: *A. Dingle Enterprises & Dingle Corporation / Subs of Jani King*  
Nombre de la Compañía: *A. Dingle Enterprises & Dingle Corporation / Subs of Jani King*  
Company Address: *3228 West Canyon Ave. San Diego, CA 92123*  
Dirección de la Compañía: *3228 West Canyon Ave. San Diego, CA 92123*  
Company Phone: *(619) 454 3379*  
Teléfono de la Compañía: *(619) 454 3379*  
Work Site Address: *Qualcomm Stadium / Plant of water*  
Sitio de Trabajo: *9449 Friars Rd. San Diego ca. / 9192 Topaz Way San Diego, CA*  
Supervisor Name: *[Signature]*  
Superintendente/Gerente: *[Signature]*

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ 25  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hourly Rate Paid: \_\_\_\_\_ Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: *\$12.70, \$13.20* Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company? *2/02/09*  
Título de Trabajo: *Janitor* ¿Cuán largo le tiene trabajo para esta compañía? *11/01/10*  
Do you receive health benefits? \_\_\_\_\_ If Yes, how much do you pay for your benefits? \_\_\_\_\_  
¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? \_\_\_\_\_

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Please see attachment.*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

*[Signature]*  
Signature · Firma del Empleado

*12-01-11*  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

#C12-010

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to: **CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name:  
Nombre de la Compañía: *A. Dingle Enterprises & Dingle Corporation / Sub of Jani King*  
Company Address:  
Dirección de la Compañía: *3228 West Canyon Ave. San Diego, CA. 92123*  
Company Phone:  
Teléfono de la Compañía: *(619) 454 3379*  
Work Site Address:  
Sitio de Trabajo: *Qualcomm Stadium 9449 Friars Rd. San Diego, CA. 92108*  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente: *[Redacted]*

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: *[Redacted]* Social Security Number:  
Su Nombre *[Redacted]* Número de Seguridad Social:  
Address: *[Redacted]*  
Dirección *[Redacted]*  
Telephone number Home: work:  
Número de teléfono Residencia Trabajo:  
Hourly Rate Paid: *\$12.70, \$13.20* Overtime Rate Paid:  
Sueldo por hora: *\$12.70, \$13.20* Sueldo por horas extras:  
Current job title: *Janitor* How long have you worked for this company? *6/30/09*  
Título de Trabajo: *Janitor* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *4/14/10*  
Do you receive health benefits? *NO* If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *-*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Please see attachment.*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

Signature · Firma del Empleado

*12/1/11*  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: LWO Analyst: Contract Number:

#C12-011

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO**  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name:  
Nombre de la Compañía: *A. Dingle Enterprises & Dingle Corporation/Sub de Jani-King*  
Company Address:  
Dirección de la Compañía: *3228 West Canyon Ave. San Diego, CA 92123*  
Company Phone:  
Teléfono de la Compañía: *(619) 454 3379*  
Work Site Address:  
Sitio de Trabajo: *Qualcomm Stadium 9449 Friars Rd. San Diego, CA. 92108*  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name:  
Su Nombre:  
Address:  
Dirección:  
Telephone number Home: Work:  
Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
Hourly Rate Paid: Overtime Rate Paid:  
Sueldo por hora: *\$12.41, \$12.70, \$13.20* Sueldo por horas extras:  
Current job title: How long have you worked for this company? *9/03/07*  
Título de Trabajo: *Janitor* ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? *4/14/10*  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? *NO* ¿Si Sí, cuánto le hace paga por sus beneficios? *N/A*

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO**

*Please see attachment*

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

*Ann D ...*  
Signature · Firma del Empleado

*12/2/11*  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: LWO Analyst: Contract Number:



EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:  
CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 533-3948 Fax (619) 533-3220

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: NMS MANAGEMENT, INC  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 155 West St. Suite D National City 91950  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: 619-425 0440  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: ~~Sanitar~~ Five COMMUNICATIONS  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia Trabajo:  
Hourly Rate Paid: \_\_\_\_\_ Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: \$ 11.14 Sueldo por horas extras: Fringe Benefits 9.21  
Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company?  
Puesto: Janitor ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 5 Años  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted prestaciones médicas? ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

mi queja es porque NMS me despidio de mi trabajo  
sin ningun razon yo pienso que fue porque el edificio  
estaba susio pero en realidad no se podia hacer  
mucho con tres horas de trabajo aunque me quedaba  
mas tiempo una hora mas que nunca me pagaron yo  
les pedia mas horas pero ellos no — Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature · Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Date · Fecha 2-29-12

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

C12-014

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: T & T Janitorial  
 Nombre de la Compañía:  
 Company Address:  
 Dirección de la Compañía:  
 Company Phone:  
 Teléfono de la Compañía:  
 Work Site Address:  
 Sitio de Trabajo:  
 Supervisor Name:  
 Superintendente/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: cell \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: \$ 11.14 + 2.23 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
 Current job title: "lead" janitor How long have you worked for this company? Since April 1  
 Puesto: ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
 Do you receive health benefits? NO If Yes, how much do you pay for your benefits? \_\_\_\_\_  
 ¿Recibe usted prestaciones médicas? ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

T & T took over contract on 4/1/2012. Sent notice to employees that they would be paid \$11.14. Also, told employees no vacation days due to 90 day probation

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

T & T  
Signature · Firma del Empleado

4-23-2012  
Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS

1 of 2 pages

Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 533-3948 Fax (619) 533-3220

COMPANY INFORMATION  
INFORMACION SOBRE LA COMPAÑIA

Company Name: Centerplate  
 Nombre de la Compañia: Centerplate  
 Company Address: Qualcomm Stadium, 9449 Friars Rd., San Diego, CA 92161  
 Dirección de la Compañia: Qualcomm Stadium, 9449 Friars Rd., San Diego, CA 92161  
 Company Phone: 619-641-6028  
 Teléfono de la Compañia: 619-641-6028  
 Work Site Address: 9449 Friars Road. San Diego, CA 92108  
 Sitio de Trabajo: 9449 Friars Road. San Diego, CA 92108  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: 3  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ abajc  
 Hourly Rate Paid: \$11.90 Overtime Rate Paid: \$17.85/hour  
 Sueldo por hora: \$11.90 Sueldo por horas extras: \$17.85/hour  
 Current job title: Beer Tender How long have you worked for this company?  
 Puesto: Beer Tender ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 19 years  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted prestaciones médicas? no ¿Si Si, cuánto le hacen pagar por sus prestaciones médicas?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

I was recently made aware by Unite Here Local 30 Union that, as an employee of Centerplate, the Living Wage has not been paid to me or some other employees of Centerplate. My understanding is that Qualcomm Stadium is City Owned, therefore, this applies since Centerplate is a "contractor" of Qualcomm.

In reality, I do not know if I've ever been paid the correct Living Wage since I've been employed by Centerplate (under various names) for 19 years.

I have attached the payment schedule from the last contract between the Union and Centerplate. We have been working without a contract since January 31, 2012.

Use reverse side if needed  
uso si requiere de mas espacio

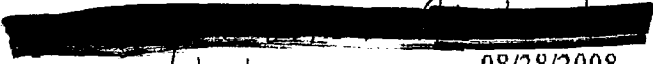
[Signature]  
Signature · Firma del Empleado

12/26/2012  
Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

Continuation



Centerplate

08/28/2008

Tentative Agreement between Centerplate & UNITE HERE Local 30

Qualcomm Stadium

1. 4 year Agreement

2.

	07/01/08	02/01/09	02/01/10	02/01/11
Managers (Concession Stand Manager, Vending Stand Manager, Pantry Manager)	\$12.40 or \$0.50 increase	\$12.90 or \$0.50 increase	\$13.40 or \$0.50 increase	\$13.90 or \$0.50 increase
Assistant Managers	\$11.40	\$11.90	\$12.40	\$12.90
All classifications (including Concession Stand Worker, Vending Stand Worker, Skybox Attendant, Partybox Attendant, Beer/Partybox Runner, Barback, Beer Tender, Cashier, Hostess, Cook/Carver, Foodline Worker, Dishwasher, Warehouse Worker, Warehouse Helper, Lead Cook, Table Runner, In-seat Runner, Pantry, Beverage Steward) <i>except those listed in next 2 categories</i>	\$10.40 or \$0.50 increase	\$10.90 or \$0.50 increase	\$11.40 or \$0.50 increase	\$11.90 or \$0.50 increase
Cook/Caver	\$10.74	\$11.24	\$11.74	\$12.24
Lead Cook	\$10.74	\$11.24	\$11.74	\$12.24
All Bartenders, Waitresses/Waiters/Cocktails, In-seat Servers, Bus Persons/Food Prep	\$0.15 increase or	\$0.15 increase or	\$0.15 increase or	\$0.15 increase or
Bartender	\$10.80	\$10.80	\$11.10	\$11.40
Service Bartender (no contact with the public)	\$12.04	12.04	\$12.34	\$12.64
Waitresses/Waiters/Cocktails	\$8.00	\$8.00	\$8.30	\$8.60
In-seat Server	\$8.00	\$8.00	\$8.30	\$8.60
Busperson/Food Prep	\$8.24	\$8.24	\$8.54	\$8.84
All Site Attendant, Catering Attendant, Waitress/Waiter working with service charge	No increase	No increase	No increase	No increase
Suite Attendants	\$9.28	\$9.28	\$9.28	\$9.28
Catering Attendants	\$9.52	\$9.52	\$9.52	\$9.52
Waitresses/Waiters working with service charge	\$8.00	\$8.00	\$8.00	\$8.00

3. Learner Rates: New hires - \$1.00 less in first 6 calendar months

C14-001

~~San Diego~~  
~~236-6682~~  
~~533-3240~~

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM**  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: G4S  
 Nombre de la Compañía: G4S  
 Company Address:  
 Dirección de la Compañía:  
 Company Phone:  
 Teléfono de la Compañía:  
 Work Site Address: 202 C STREET  
 Sitio de Trabajo: 202 C STREET  
 Supervisor Name:  
 Supervisor/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: \$ 13.77 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: \$ 13.77 Sueldo por horas extras: \_\_\_\_\_  
 Current job title: Security Officer How long have you worked for this company? 3 yr  
 Puesto: Security Officer ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 3 yr  
 Do you receive health benefits? \_\_\_\_\_ If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? NO ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO**

Did not receive pay increase July 1, 2013

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

[Signature]  
Signature - Firma del Empleado

8-1-2013  
Date - Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: 8-1-2013 LWO Analyst: Wuy Hernandez Contract Number: 4600000816

C14-002

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM

202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Road one / A to Z Enterprise  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 3821 calle Fortunada Ste. A San Diego CA 92123  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: (858) 492-5252  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: 3801 Hicock St. San Diego CA 92110  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Supervisor/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: [Redacted] Social Security Number:  
Su Nombre: [Redacted] Número de Seguro Social:  
Address: [Redacted]  
Dirección:  
Telephone number Home:  
Número de teléfono Residencia:  
Trabajo:  
Hourly Rate Paid: \$10.85 / varies ✓ Overtime Rate Paid: \$16.27 / varies ✓  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: Clerk How long have you worked for this company? 2 years  
Puesto: ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
Do you receive health benefits? NO If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

Feel like I am not getting payed the living wage rate. saw the notice to employees posted at job site and says we are to get payed \$13.99/hr if no medical benefits.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

[Redacted Signature]

Signature · Firma del Empleado

09/04/2013

Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 9/4/2013 LWO Analyst: LH Contract Number:

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Readone Loring  
 Nombre de la Compañía: Readone Loring  
 Company Address: 3821 Calle Fortunada Ste A  
 Dirección de la Compañía: 3821 Calle Fortunada Ste A  
 Company Phone: 858.492.5252  
 Teléfono de la Compañía: 858.492.5252  
 Work Site Address: 3801 Hicock street San Diego, CA 92110  
 Sitio de Trabajo: 3801 Hicock street San Diego, CA 92110  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Supervisor/Gerente: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Hourly Rate Paid: \$10.44 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
 Sueldo por hora: \$10.44 Sueldo por horas extras: 15.00 & some change  
 Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company? 1 year 3mo  
 Puesto: Office Clerk ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
 Do you receive health benefits? NO If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? (only Dental) (only Dental) ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos? \$17.00

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

Have spoken w/ \_\_\_\_\_ the Date would go  
 back to the Date I first called & spoke w/ someone  
 in regards to this & would be on recorded phone line.  
 I asked why we do not get amount paid for that paper states  
 on wage. He said because I get health benefits. I stated I do not  
 only dental. He gave me the run around. Use reverse side if needed  
 and stated to him, when will I see this amount. Use el reverso si requiere de mas espacio  
 \_\_\_\_\_  
 Signature · Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Date · Fecha 9/4/13

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 9/4/2013 LWO Analyst: 4. Contract Number: \_\_\_\_\_

he stated I won't. I asked why. He stated because we do not only do SVPD. I said, but were @ SVPD yard. He stated if I came in he could show the charts on why our pay is our pay verses what the living wage paper says.

\$10.44 is not the ~~a~~ living wage amount and I feel we have been taken advantage of and IF this is so. I'd like justice. 😊

Thank you.



#C14-004

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM

202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Road one / Allied Gardens  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 3821 Calle Fortunada Ste. A San Diego CA 92122  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: (858) 492-5252  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: 3801 Hickock St. San Diego CA 92110  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Supervisor/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: Social Security Number: call for social if needed.  
Su Nombre: Número de Seguro Social:  
Addr: Dirección:  
Telephone number: Cell Home  
Número de teléfono: Residencia: Trabajo:  
Hourly Rate Paid: \$9.83 Overtime Rate Paid: \$14.74  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: clerk How long have you worked for this company? 2 years  
Puesto: ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
Do you receive health benefits? Yes If Yes, how much do you pay for your benefits? \$43.98  
¿Recibe usted beneficios médicos? Yes ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos? \$34

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

I feel like I'm getting under payed. I was told in the beginning that I was going to stop seeing the bonus from the city and my hourly rate went down.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

*[Handwritten Signature]*  
Signature / Firma del Empleado

9/5/2013  
Date / Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 9/5/2013 LWO Analyst: *[Signature]* Contract Number:

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM

202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Petco Park / Delaware North Companies <sup>sports</sup>  
Nombre de la Compañía: Petco Park / Delaware North Companies <sup>sports</sup>  
Company Address: 771 Jamacha Road #210  
Dirección de la Compañía: Safety Net Training / Kimberly Pike EL CAJON CA 92019  
Company Phone: 619-602-7457  
Teléfono de la Compañía: 619-602-7457  
Work Site Address: Petco Park 100 park Blvd, San Diego CA 92102  
Sitio de Trabajo: Petco Park 100 park Blvd, San Diego CA 92102  
Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
Supervisor Gerente: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: None  
Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: None  
Hourly Rate Paid: \$47.50 Overtime Rate Paid: worked extra hours but  
Sueldo por hora: \$47.50 Sueldo por horas extras: never paid over time  
Current job title: petco park volunteer How long have you worked for this company? summer job  
Puesto: petco park volunteer ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 5 months  
Do you receive health benefits? No If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? No ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

- 1. Petco Park badge
- 2. Copies: Envelopes amount (paid cash) (3) pages 7. letter: amount paid + 0
- 3. Receipts on days worked copies (10) pages 8. Emails From \_\_\_\_\_
- 4. Copies paid/cashed checks (2) pages (6) pages
- 5. Copy check returned w/ letter unpaid dated check # 10/15/13 008378
- 6. Letter dated 9/11/2013 From \_\_\_\_\_  
Use reverse side if needed / verso si requiere de mas espacio

Signature: [Handwritten Signature]  
Firma del Empleado

Date: 11/11/2013  
Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 11/12 LWO Analyst: [Signature] Contract Number: \_\_\_\_\_

C14-006

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Petco Park / Delaware North Companies sports service  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 771 Samachaga Rd  
Dirección de la Compañía: Safety Net Training / Kimberly Pike El Cajon CA 92019  
Company Phone: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Compañía: 619-602-7457  
Work Site Address: \_\_\_\_\_  
Sitio de Trabajo: Petco Park 100 Park Blvd San Diego CA 92102  
Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
Supervisor Gerente: 1, 0, 1, 1, 2, 4, 2

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: None  
Hourly Rate Paid: \$47.50 Overtime Rate Paid: worked extra hours but  
Sueldo por hora: \$47.50 Sueldo por horas extras: never paid over time.  
Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company? Summer job  
Puesto: Petco park Volunteer ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 5 months  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

Worked hours - days, never paid.

\$800+ owed

14 days still owed (June 28 was paid)

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

[Signature]  
Signature · Firma del Empleado

11 · NOV · 2013  
Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 11/12 LWO Analyst: [Signature] Contract Number: \_\_\_\_\_

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM**

202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 921  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: **SAFETY NET**  
 Nombre de la Compañía: **SAFETY NET**  
 Company Address: **771 JAMACHA ROAD #210 EL CAJON CA. 92019**  
 Dirección de la Compañía: **771 JAMACHA ROAD #210 EL CAJON CA. 92019**  
 Company Phone: **(619) 602-7457**  
 Teléfono de la Compañía: **(619) 602-7457**  
 Work Site Address: **PETCO PARK**  
 Sitio de Trabajo: **PETCO PARK**  
 Supervisor Name: **-**  
 Supervisor Gerente: **-**

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: **-** Social Security Number: **-**  
 Su Nombre: **-** Número de Seguro Social: **-**  
 Address: **-**  
 Dirección: **-**  
 Telephone number Home: **-** Home: **-**  
 Número de teléfono: **-** Residencia: **-** Trabajo: **N/A**  
 Hourly Rate Paid: **\$47.50 PER DAY** Overtime Rate Paid: **N/A** **(PADRES SEASON)**  
 Sueldo por hora: **\$47.50 PER DAY** Sueldo por horas extras: **N/A**  
 Current job title: **SET UP CONDIMENT AND GENERAL CLEAN UP.** How long have you worked for this company? **04-06-2013**  
 Puesto: **SET UP CONDIMENT AND GENERAL CLEAN UP.** ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? **TO 08-24-2013**  
 Do you receive health benefits? **N/A** If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? **N/A** ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO**

AT THE BEGINING OF THE PADRES SEASON, WE WORKED ON DIFFERENT AREAS. WE SIGNED IN EVERY DAY WITH Y, HOWEVER THEY DID NOT PAY US FOR MANY DAYS. WE WERE TOLD BY FERNANDO THAT I DID NOT GIVE HIM THE CHECK. S SAYING THAT SHE DID. WE WORKED VERY HARD AND LONG HOURS FOR \$50.00 A DAY (CASH) AND ON OUR PAY ENVELOPES IT WAS \$47.50 A DAY. WE WERE TOLD OVER-

Signature · Firma del Empleado

Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: **11/5** LWO Analyst: **WA** Contract Number: **-**

# EMPLOYEE COMPLAINT FORM FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:  
CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

### COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Petco Park / Delaware North Companies sports services  
 Nombre de la Compañía:  
 Company Address: Safety Net Training / Kimberly Pike 771 Samachard Rd El Cajon CA 92107 210  
 Dirección de la Compañía:  
 Company Phone: 619-602-7457  
 Teléfono de la Compañía:  
 Work Site Address: Petco Park 100 Park Blvd, San Diego CA 92102  
 Sitio de Trabajo:  
 Supervisor Name:  
 Supervisor Gerente:

### EMPLOYEE INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social:  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección:  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: NO  
 Hourly Rate Paid: \_\_\_\_\_ Overtime Rate Paid: worked extra  
 Sueldo por hora: \$47.50 per day Sueldo por horas extras: but no overtime  
 Current job title: \_\_\_\_\_ How long have you worked for this company? summer job  
 Puesto: Petco Park Volunteers ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 3 months  
 Do you receive health benefits? \_\_\_\_\_ If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? No ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

### EMPLOYEE COMPLAINT QUEJA DEL EMPLEADO

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

→ Back  
 Use reverse side if needed  
 Use el reverso si requiere de mas espacio

[Signature]  
 Signature · Firma del Empleado

Nov. 11. 13  
 Date · Fecha

### FOR OFFICIAL CITY USE ONLY PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 11/12 LWO Analyst: [Signature] Contract Number: \_\_\_\_\_

Nov 2012 - Nov 2013 - worked away homes & special events  
Added benefit 1 mo to get paid for 2 weeks pay

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM

202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: SAFETY NET  
 Nombre de la Compañía: SAFETY NET  
 Company Address: 771 JAMACHA ROAD #210 EL CAJON CA. 92019  
 Dirección de la Compañía: 771 JAMACHA ROAD #210 EL CAJON CA. 92019  
 Company Phone: (619) 602-7457  
 Teléfono de la Compañía: (619) 602-7457  
 Work Site Address: PETCO PARK  
 Sitio de Trabajo: PETCO PARK  
 Supervisor Name: [Blank]  
 Supervisor Gerente: [Blank]

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: [Blank] Social Security Number: [Blank]  
 Su Nombre: [Blank] Número de Seguro Social: [Blank]  
 Address: [Blank] Dirección: [Blank]  
 Telephone number Home: [Blank] Work: N/A  
 Número de teléfono Residencia: [Blank] Trabajo: N/A  
 Hourly Rate Paid: \$47.50 PER DAY Overtime Rate Paid: N/A (PADRES SEASON)  
 Sueldo por hora: \$47.50 PER DAY Sueldo por horas extras: N/A (PADRES SEASON)  
 Current job title: CASHIER / INVENTORY How long have you worked for this company? 04-06-2013  
 Puesto: CASHIER / INVENTORY ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? TO 08-24-2013  
 Do you receive health benefits? N/A If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? N/A ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

AT THE BEGINING OF THE PADRES SEASON, WE WORKED ON DIFFERENT AREAS. WE SIGNED IN EVERY DAY. HOWEVER, THEY DID NOT PAY US FOR MANY DAYS. WE WERE TOLD THAT [Blank] DID NOT GIVE [Blank] THE CHECK. [Blank] IS SAYING SHE DID. WE WORKED VERY HARD AND LONG HOURS FOR \$50.00 A DAY (CASH) AND ON OUR PAY ENVELOPES IT WAS \$47.50 A DAY. WE WERE TOLD OVER

Signature · Firma del Empleado

Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 11/5 LWO Analyst: [Signature] Contract Number: [Blank]

C14-007

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM**  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: G4S Secure Solutions  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 5030 Camino De La Siesta, San Diego, Ca 92108  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: (619) 295-2394  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: City administration bldg 202 C st. San Diego, Ca 92101  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name:  
Supervisor/Gerente:

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Hourly Rate Paid: 13.99 Overtime Rate Paid: \_\_\_\_\_  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: Security officer How long have you worked for this company? 10 months  
Puesto: ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
Do you receive health benefits? yes If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO**

I didn't receive my backpay

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

[Signature]  
Signature · Firma del Empleado

11-21-13  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt: 11/21/13 LWO Analyst: NA Contract Number: 460000081

# C14-00





EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
Purchasing & Contracting Department  
Living Wage Administration  
1200 Third Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92101

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Jemi-king sub/Brent and Teresa Bowman LLC  
 Nombre de la Compañía: Jemi-king sub/Brent and Teresa Bowman LLC  
 Company Address: 1730 Tobias Dr #3 Chula Vista, CA 91911-0000  
 Dirección de la Compañía: 1730 Tobias Dr #3 Chula Vista, CA 91911-0000  
 Company Phone: (619) 691-1858  
 Teléfono de la Compañía: (619) 691-1858  
 Work Site Address: Qualcomm Stadium  
 Sitio de Trabajo: Qualcomm Stadium  
 Supervisor Name: \_\_\_\_\_  
 Superintendente/Gerente: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: 7-7-000  
 Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: 7-7-000  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home Work:  
 Número de teléfono Residencia: Trabajo:  
 Hourly Rate Paid: 13.99 Overtime Rate Paid:  
 Sueldo por hora: Sueldo por horas extras: N/A  
 Current job title: Washer How long have you worked for this company?  
 Título de Trabajo: Washer ¿Cuán largo le tiene trabajó para esta compañía? 3 months  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? N/A ¿Si Si, cuánto le hace paga por sus beneficios?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DE EMPLEADO

Mi queja consiste en que la compañía donde trabajo no me quiere pagar todas las horas que trabajo e incluso no me pagan overtime además tardan en reformar nuestros checks. Debido a esto me ha llegado a tener esta queja ante la ciudad. Favor de incluir las horas de vacaciones que cree por favor.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si require de mas espacio

Signature · Firma del Empleado

2/24/14

Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA LA OFICINA DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 6-3-2014 LWO Analyst: WA Contract Number: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM

202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: Ponderosa Landscape  
 Nombre de la Compañía: Ponderosa Landscape  
 Company Address: 3435 Camino Del Rio South # 336  
 Dirección de la Compañía: 3435 Camino Del Rio South # 336  
 Company Phone: (619) 448 5300  
 Teléfono de la Compañía: (619) 448 5300  
 Work Site Address:  
 Sitio de Trabajo:  
 Supervisor Name:  
 Supervisor/Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: \_\_\_\_\_ Security Number: \_\_\_\_\_  
 Su Nombre: JUAN HERNANDEZ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Worked: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telephone number Home: \_\_\_\_\_ Work: Supervisor (Haly)  
 Número de teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: Supervisor (Haly)  
 Hourly Rate Paid: 14.17 Overtime Rate Paid: NOT PAID  
 Sueldo por hora: 14.17 Sueldo por horas extras: NOT PAID  
 Current job title: Supervisor How long have you worked for this company? 3 weeks  
 Puesto: Supervisor ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 3 weeks  
 Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
 ¿Recibe usted beneficios médicos? NO ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos? N/A

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

UNSAFE WORK EQUIPMENT - I'm an Active Lic'd Contractor  
pesticide sprayer - nobody is qualified  
& the sprayers leak, sometime on the  
employees. lacks common sense, NOT PAID PROPER  
Money Earned - employees work over  
I was terminated for complain about  
his equipment not working.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

7/24/2014

\_\_\_\_\_  
Empleado Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: \_\_\_\_\_ LWO Analyst: \_\_\_\_\_ Contract Number: \_\_\_\_\_

RECEIVED NOV 14 2014

# C15-002

**EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS**



Send form to:

**CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM**  
202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

**COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA**

Company Name: <i>Nombre de la Compañía:</i>	Securitas Security Services USA
Company Address: <i>Dirección de la Compañía:</i>	1550 Hotel Circle North #440 San Diego, CA 92108
Company Phone: <i>Teléfono de la Compañía:</i>	(619) 641-0049
Work Site Address: <i>Sitio de Trabajo:</i>	National Distribution Center 1000-1022 West Bay Marina Drive National City, California 91950
Supervisor Name: <i>Supervisor Gerente</i>	[Name obscured]

**EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO**

Your Name: <i>Su Nombre:</i>	Social Security Number: <i>Número de Seguro Social:</i>
Address: <i>Dirección:</i>	
Telephone number <i>Número de teléfono</i>	Home: <i>Residencia:</i>
Hourly Rate Paid: <i>Sueldo por hora:</i>	Overtime Rate Paid: <i>Sueldo por horas extras:</i>
Current job title: <i>Puesto:</i>	How long have you worked for this company? <i>¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?</i>
Do you receive health benefits? <i>¿Recibe usted beneficios médicos?</i>	If Yes, how much do you pay for your benefits? <i>¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?</i>

**EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO**

I am seeking your assistance in establishing whether or whether-not this contract held by my employer fall within the purview of: "City of San Diego Living Wage Ordinance." A simple reading of: Article 2: Administrative Code, Division 42: City of San Diego Living Wage Ordinance § 22.4201 (Added 6/6/2005 by O-19386 N.S.) "Purpose and Intent," as well as §22.4215 "Exemptions (d);" lead me to believe it does.

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

\_\_\_\_\_  
Signature · Firma del Empleado

January 1, 2015  
\_\_\_\_\_  
Date · Fecha

**FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE**

Date of Receipt:	LWO Analyst:	Contract Number:
------------------	--------------	------------------

#C16-001

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM

202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: ASTEC LANDSCAPING  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: 7980 LEMON GROVE WAY  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: 619 464 3303  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: MIRAMESA CALLE CRISTOBAL MAD  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name: LEONARDO HERNANDEZ  
Supervisor Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: LEONARDO HERNANDEZ Social Security Number: 7  
Su Nombre: LEONARDO HERNANDEZ Número de Seguro Social:  
Address: MIRAMESA CALLE CRISTOBAL MAD  
Dirección:  
Telephone number Home: 619 464 3303 Work: 619 464 3303  
Número de teléfono Trabajo:  
Hourly Rate Paid: 16.00 Overtime Rate Paid: 16.00  
Sueldo por hora: Sueldo por horas extras:  
Current job title: IRRIGATION TECH How long have you worked for this company?  
Puesto: IRRIGATION TECH ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía? 15 YER  
Do you receive health benefits? If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? ACCIDENTES ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos? NO

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

ME CONTRATARON SUPUESTAMENTE POR QUEJAS EN OTRO CONTRATO DEL CUAL NO TIENE NADA QUE VER CON MI TRABAJO PRINCIPAL EN MIRAMESA. TAMBIEN PORQUE LES PREGUNTE POR EL CUARDO DE ...

Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

Signature · Firma del Empleado

7-13-15  
Date · Fecha

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: 7-16-2015 LWO Analyst: L Hernandez Contract Number: 4600001602

#C16-002

EMPLOYEE COMPLAINT FORM  
FORMULARIO DE QUEJAS



Send form to:

CITY OF SAN DIEGO  
LIVING WAGE PROGRAM

202 C Street, MS 9A, San Diego, CA 92101  
Phone (619) 236-6682 Fax (619) 533-3240

COMPANY INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA

Company Name: **SECURITAS SECURITY SERVICES USA, INC.**  
Nombre de la Compañía:  
Company Address: **1550 HOTEL CIRCLE NORTH SUITE 440 SAN DIEGO, CA 92108**  
Dirección de la Compañía:  
Company Phone: **619-641-0049**  
Teléfono de la Compañía:  
Work Site Address: **4949 EASTGATE MALL SAN DIEGO, CA. 92121**  
Sitio de Trabajo:  
Supervisor Name: **[REDACTED]**  
Supervisor Gerente:

EMPLOYEE INFORMATION  
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

Your Name: **[REDACTED]** Social Security Number: **[REDACTED]**  
Su Nombre: **[REDACTED]** Número de Seguro Social:  
Address: **[REDACTED]**  
Dirección:  
Telephone number Home: **[REDACTED]** Work: **[REDACTED]**  
Número de teléfono Residencia: **[REDACTED]** Trabajo:  
Hourly Rate Paid: **\$ 14.43** Overtime Rate Paid:  
Sueldo por hora: **\$ 14.43** Sueldo por horas extras:  
Current job title: **SECURITY GUARD** How long have you worked for this company? **1 1/2 years**  
Puesto: **SECURITY GUARD** ¿Cuánto tiempo ha trabajado para esta compañía?  
Do you receive health benefits? **NO** If Yes, how much do you pay for your benefits?  
¿Recibe usted beneficios médicos? **NO** ¿Si Sí, cuánto le hacen pagar por sus beneficios médicos?

EMPLOYEE COMPLAINT  
QUEJA DEL EMPLEADO

**PAY STUB A: 40 HOURS I ACTUALLY WORKED (PAY IS FINE)**  
**PAY STUB B: 40 HOURS VACATION**  
**WAS PAID 40 HOURS \$12.02 / 24 HOURS \$2.41 (MISSING 16 HOURS)**  
**PAY STUB C: 40 HOURS VACATION**  
**PAID ONLY 40 HOUR \$12.02 (MISSING 40 HOURS \$2.41)**  
**WASN'T PAID MY FULL PAY DURING MY VACATION** Use reverse side if needed  
Use el reverso si requiere de mas espacio

Alternate phone #

Signature · Firma del Empleado

Date · Fecha

FEB 16, 2016

FOR OFFICIAL CITY USE ONLY  
PARA USO OFICIAL DE LA CIUDAD SOLAMENTE

Date of Receipt: **2/17/2016** LWO Analyst: **Danielle Black** Contract Number: **4600002177**  
Bid **10040659-14J**