

**Annexe  
au Règlement d'application  
du Fonds de responsabilité solidaire  
pour les marchés publics  
de la Ville de Genève**



VILLE DE  
GENÈVE

**FORMULAIRE DE DEMANDE - Commission de gestion tripartite du fonds de responsabilité solidaire**

1. DEMANDEUR		2. INFORMATIONS SUR L'EMPLOYEUR	
nom		raison sociale (ou nom et prénom)	
prénom		responsable	téléphone
date naissance	avs / nss	but social (activité)	
nationalité	profession	secteur prof.	
adresse en suisse		adresse en suisse	
adresse à l'étranger		adresse à l'étranger	
téléphone	email	téléphone	email
banque	iban	entreprise principale	

3. MOTIF DE LA DEMANDE			
faillite	date	autres motifs	dernier salaire reçu
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> disparition de l'employeur <input type="checkbox"/> cessation de paiements	CHF brut net
		période	

4. CONTRAT DE TRAVAIL				5. ACTIVITÉ EXERCÉE SUR LE CHANTIER	
forme	type	date contrat	date engagement	lieu de travail (lot - adresse - nom du chantier)	
ECRIT ORAL	CDI CDD			par le demandeur	
profession			catégorie	date début	date fin
type salaire		montant brut			
<input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> horaire		CHF			
durée de travail (heures)		vacances	treizième	durée de travail (heures)	
sem mois			ind. forfaits	sem mois	

6. DEMANDE DE PRESTATIONS							
Montants bruts	début période	fin période	montant CHF	Montants nets	début période	fin période	montant CHF
SALAIRE				IND. FORFAITAIRES			
VACANCES				IND. MALADIE			
TREIZIÈME				IND. ACCIDENTS			
TOTAL BRUT				TOTAL NET			
TOTAL FINAL	CHF	notes					

7. DÉMARCHES EFFECTUÉES PAR LE DEMANDEUR			
<input type="checkbox"/> prud'hommes	<input type="checkbox"/> poursuite	<input type="checkbox"/> production <input type="checkbox"/> créance	<input type="checkbox"/> insolvabilité
autres démarches			
<input type="checkbox"/>			

**8. DÉCLARATION D'EXACTITUDE, OBLIGATION DE RESTITUTION, SIGNATURE**

Je certifie que les éléments indiqués et déclarés dans le présent formulaire sont exacts et correspondent à la réalité des faits que je connais.

En cas d'acceptation de ma demande, je m'engage à restituer à la Ville de Genève, à due concurrence, les montants obtenus indûment, notamment si ma prétention n'est pas admise par le Tribunal des prud'hommes, si je touche une prestation d'insolvabilité ou lorsque mon employeur, respectivement l'entrepreneur contractant ou un tiers, a honoré ma créance ultérieurement.

nom prénom du demandeur

date de la demande

signature du demandeur

**9. PIÈCES ANNEXES**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Identité du demandeur                   | <input type="checkbox"/> Décompte d'heures              | <input type="checkbox"/> Réquisition de poursuite    | <input type="checkbox"/> Certificats médicaux |
| <input type="checkbox"/> <u>Cession de créance (obligatoire)</u> | <input type="checkbox"/> Lettre de licenciement / congé | <input type="checkbox"/> Demande d'insolvabilité     | <input type="checkbox"/> Décisions assurances |
| <input type="checkbox"/> Contrat de travail                      | <input type="checkbox"/> Mise en demeure                | <input type="checkbox"/> Production créance faillite | Autres pièces :                               |
| <input type="checkbox"/> Fiches de paie                          | <input type="checkbox"/> Demande prud'hommes            | <input type="checkbox"/> Décision assurance chômage  | <input type="checkbox"/>                      |

**DÉCISION Commission de gestion tripartite (ne pas remplir)**

DATE DE RÉCEPTION

**CONSTATATIONS DE LA Commission de gestion tripartite**

droit applicable <input type="checkbox"/> CCT <input type="checkbox"/> CO	secteur <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> PJ <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> Ne concerne pas le fonds	salaires CHF	heure mois
durée de travail (heures) sem mois	vacances jours	taux	%
	treizième <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ind. forfaitaires CHF	par jour

**DÉCISION DE LA Commission de gestion tripartite**

objet	notes	montants nets
SALAIRE		CHF
VACANCES		CHF
TREIZIÈME		CHF
IND. MALADIE/ACCIDENT		CHF
IND. FORFAITAIRES		CHF
TOTAL RECONNU		CHF

**VALIDATION**

nom, prénom	date	signature

**TRANSMISSION Ville de Genève**

transmis le	remarques
pièces annexes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	