Pôle Gériatrie

ENGAGEMENT DE PAYER
EHPAD

(à faire signer au résident et à ses obligés alimentaires)

Je soussigné(e) ……..

Lien de parenté : ……

Adresse : …….

…….

M'engage à payer les frais de séjour (hébergement et dépendance) en EHPAD de :

Monsieur/Madame ……..

à compter de son admission dans notre établissement.

Ces frais s'élèvent à :

60.52 (Tarif hébergement) + 6.05 (Dépendance GIR 5-6)
= 66.57 € par jour.
Soit 2 063.67 € par mois (31 jours)

- La facturation est mensuelle.
- Les tarifs hébergement et dépendance sont révisables chaque année par le Président du Conseil Général.
- En cas d'hospitalisation ou d'absence pour convenance personnelle de plus de 3 jours, le forfait hospitalier est déduit du prix de journée hébergement.
- Des dispositions de l'article L 6145-11 du Code de la Santé Publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code Civil. Ces recours relèvent de la compétence du Juge des Affaires Familiales ».
- A défaut de règlement, une procédure sera engagée par le Centre Hospitalier de Clermont devant le Juge aux Affaires Familiales auprès du Tribunal de Grande Instance de Beauvais.

Lu et approuvé **Date** **Signature**

Joindre à l'engagement :

Copie d'une pièce d'identité et justificatif de domicile du signataire.