

ENGAGEMENT A PAYER

Je soussigné(e)

NOM, PRENOM.....

Lien de parenté.....

Du résident (e) NOM, PRENOM.....

M'engage à régler les frais de séjour du résident (e)

A l'Hôpital local de PONT SAINT ESPRIT en service EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes) sur le site de :

EHPAD DE PONT ST ESPRIT
EHPAD VAL DE CEZE A CORNILLON
EHPAD AUGUSTA BESSON A ST PAUL LES FONTS

A compter du :

Selon les tarifs fixés par l'arrêté de M. le Président du Conseil Général du GARD à la somme de **54.23 €** en hébergement, et G1/2 **22.82 €**, G3/4 **14.49 €**, G5/6 **6.14 €** en dépendance par jour pour l'année en cours.

Par le présent document je m'engage donc à régler les frais de séjour correspondant au tarif hébergement et au tarif dépendance du résident (e). Le coût mensuel du séjour s'élève sur la base de 31 jours maximum à la somme de **Mille huit cent soixante onze euros et 47 cts au minimum.**

Chaque année ces tarifs qui sont susceptibles d'évolution, seront communiqués par voie d'affichage. Mon engagement de payer suivra automatiquement cette évolution des tarifs sans que j'ai besoin de renouveler mon accord.

Dans le cas où des modifications de situation ne me permettraient plus de respecter cet engagement, j'en tiendrais l'Hôpital informé afin que des solutions puissent être recherchées en collaboration.

Je prends bonne note que même dans le cadre d'une demande d'aide sociale et tout particulièrement en cas de refus du Conseil Général je reste redevable des frais de séjours restant dus.

Fait à..... le

En triple exemplaire dont un pour l'enregistrement

(Signature précédée de la mention "lu et accepté pour valoir engagement de payer" ainsi que du nom et prénom)