

## ENGAGEMENT DE 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)

Au CENTRE HOSPITALIER 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 à CORNILLON

EHPAD AUGUSTA BESSON à 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 65.80 € en hébergement, et G1/2 21.43€, G3/4 13.61€, G5/6 5.77€ 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 dépendance du résident. Le Coût mensuel du séjour s'élève sur la base de 31 jours maximum à la somme de Deux mille deux cent dix-huit euros et soixante sept centimes.

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

Dans le cas ou 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)