



Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
Établissement Public

## ENGAGEMENT DE PAYER LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE DÉPENDANCE

Article L315-16 du Code de l'Action sociale et des familles

**ATTENTION : Ce document doit impérativement être signé et remis à l'établissement avant l'admission physique qu'il conditionne.**

- **Personne admise dans l'établissement :**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

A compter du \_\_\_\_\_

Tarif journalier au 01/01/2019 :

HEBERGEMENT + DÉPENDANCE =  
(Concerne les personnes de plus de 60 ans, sauf dérogation)

- **Personne signataire de l'engagement de payer :**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

M'engageant en qualité de :                      (Fils/fille)                      (Petit-fils/Petite-fille)

Autre (hors résident et à préciser) : \_\_\_\_\_



Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
Établissement Public

## Déclare :

**1/** être informé(e) du tarif journalier des frais d'hébergement et de dépendance, s'élevant à \_\_\_\_\_ euros par jour à compter du 01/01/2019.

**2/** m'engager à payer la totalité des frais dus à l'EHPAD « Au Savel » 06390 CONTES auprès de la Trésorerie.

Soit :

- Par chèque bancaire ou postal,
- Par virement à la Trésorerie de Contes,
- Par paiement en ligne.

**3/** être informé(e) qu'en cas de non-respect du présent engagement, la Trésorerie de Contes engagera des poursuites à mon encontre, notamment par voie de saisie.

**4/** en cas d'admission à l'aide sociale, je m'engage à faire verser à la Trésorerie de Contes à compter de la demande d'aide sociale, la totalité (le pourcentage) des ressources (indiqué dans l'article 2 de la notification) dont bénéficie l'hébergé et de ne pas disposer des fonds, valeurs ou bien lui appartenant.

**5/** avoir pris connaissance du fait que le tarif journalier (hébergement + dépendance) est révisé chaque année. Le nouveau tarif sera celui mentionné dans l'arrêté du Conseil Départemental des Alpes-Maritimes fixant les prix de journée pour l'hébergement et la dépendance de l'exercice en cours.

Si la personne accueillie dépend d'un autre département, je m'engage à introduire personnellement une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie auprès de ce département.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature :** (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour engagement de \_\_\_\_\_ euros par jour »).