



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 »).