



# CENTRE HOSPITALIER DE ROMORANTIN - LANTHENAY

B.P. 148 - 41206 ROMORANTIN-LANTHENAY CEDEX

web : <http://www.ch-romorantin.fr>

Tél : 02.54.88.34.48 – Fax : 02.54.88.34.92

admissions.ehpadusld@ch-romorantin.fr

## ENGAGEMENT DE PAYER EHPAD-USLD

### Résident bénéficiaire de l'APA, âgé de plus de 60 ans

Vu, les articles 205, 206, 207 et 212 du Code Civil, (*obligés alimentaires*)  
l'article R.1112-22 du Code de la santé publique, (*modalités d'admission dans l'établissement*)

Je soussigné(e),

NOM .....	Né(e) le ____ / ____ / ____
PRENOM .....	
Demeurant : .....	
AGISSANT en qualité de <sup>(1)</sup>	
<input type="checkbox"/> Résident(e),	
<input type="checkbox"/> Membre de la famille du résident(e) : lien de parenté : _____	
<input type="checkbox"/> Tuteur, tutrice de :	

**ACCEPTE** mon placement ou celui de la personne désignée ci-dessus à compter de la date convenue avec la résidence

**JE DECLARE** avoir pris connaissance des tarifs d'hébergement et de dépendance en vigueur, arrêtés par le Président du Conseil Départemental de Loir-et-Cher.

**JE M'ENGAGE :**

⇒ <b>A régler</b> pendant toute la durée de mon séjour ou de la personne désignée ci-dessus,		
	<b>EHPAD</b>	<b>USLD</b>
- les <b>frais d'hébergement</b> actuellement fixés à	52,44 Euros par jour	53,87 Euros par jour
- une participation à la <b>dépendance</b> actuellement fixée à	04,80 Euros par jour	06,16 Euros par jour
soit un montant journalier à charge de	<b>57,24 Euros</b>	<b>60,03 Euros</b>
<b>correspondant à une somme de</b>	<b>1 774,44 euros par mois de 31 jours</b>	<b>1 860,93 euros par mois de 31 jours</b>
⇒ <b>A recopier ci-dessous</b> : « Je m'engage à régler la somme de 1 774,44 Euros ou de 1 860,93 Euros par mois de 31 jours »		
.....		
⇒ <b>À joindre</b> un chèque à titre d'avance d'un montant de 1 774,44 Euros ou 1 860,93 Euros (à l'ordre du TRESOR PUBLIC) ( <i>Avance déductible sur le dernier avis de sommes à payer</i> )		
⇒ <b>A accepter</b> à tout moment et sans préavis, la modification des tarifs ci-dessus, tels qu'ils seront fixés par le Président du Conseil Général de Loir-et-Cher, selon les textes en vigueur.		

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante  
Mars 2018

## ENGAGEMENT DE PAYER (suite et fin)

- A FOURNIR** la liste des enfants et petits enfants du résident avec leur date de naissance, adresse et numéros de téléphone.
- A CONSTITUER,** en cas d'insuffisance des ressources du résident un dossier de demande d'aide sociale, et à fournir :
- l'adresse exacte du service d'Aide Sociale dont il relève, en particulier pour les personnes originaires de la région parisienne,
  - la justification de l'intégralité de ses ressources.
- A REVERSER** mensuellement 90 % de ses ressources ou un tiers de celles-ci si son conjoint reste à son domicile.
- Les obligés alimentaires** pourront être appelés à participer sur leurs ressources propres au règlement des frais de séjour de M.....  
(*NOM et Prénom du Résident*) soit partiellement, soit en totalité en cas de refus de l'aide sociale.

**Dans le cas où le signataire est un membre de la famille :**

**JE ME PORTE FORT** au nom des membres de la famille astreints à l'obligation alimentaire, quant au paiement de la totalité des frais de séjour du Résident.

**J'ACCEPTÉ** le transfert vers un autre établissement en raison de l'état de santé, du comportement, ou pour tout autre motif jugé valable par l'administration ainsi que les frais de traitement restant non pris en charge par les organismes d'assurance maladie. En cas d'affection bénigne, le traitement sera assuré sur place.

Fait à Romorantin-Lanthenay, le ..... / ..... / 2018

**Signature du résident, de la famille ou du tuteur**

Précédé de la mention manuscrite

**«Ayant pris connaissance de l'obligation contractée »**