



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 moins 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 ⁽¹⁾	
<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 :

⇒ A régler pendant toute la durée de mon séjour ou de la personne désignée ci-dessus,		
	EHPAD	USLD
Prix de journée Hébergement Résident de -60 ans	65,98 Euros par jour	74,69 Euros par jour
correspondant à une somme de	2 045,38 euros par mois de 31 jours	2 315,39 euros par mois de 31 jours
⇒ A recopier ci-dessous : « Je m'engage à régler la somme de 2 045,38 Euros ou de 2 315,39 Euros par mois de 31 jours »		
.....		
⇒ À joindre un chèque à titre d'avance d'un montant de 2 045,38 Euros ou 2 315,39 Euros (à l'ordre du TRESOR PUBLIC) (<i>Avance déductible sur le dernier avis de sommes à payer</i>)		
⇒ A accepter 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.		

⁽¹⁾ 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 »