

******* ENGAGEMENT DE PAYER *******

Article L.315-16 du Code de l'Action Sociale et les Familles

Je soussigné(e)

Nom Prénom

Adresse

M'engage à régler les frais de séjour de :

☐ Moi-même

☐ M. Mme Mlle⁽¹⁾ NOM –Prénom :

Lien de parenté :

A compter de mon /son⁽¹⁾ entrée à l'EHPAD « Les Hortensias » de St Florentin, le / /
Ainsi que des autres frais éventuels à ma / sa ⁽¹⁾ charge (frais divers : pédicure, coiffeur ...) et
tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé (e)

♦ Des tarifs journaliers applicables à la date du 01/06/2025 :

Tarif journalier d'hébergement pour une chambre	65.95 €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2	24.14 €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4	15.32 €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	6.50 €

♦ Des dispositions de l'article L 315-16 du code de l'action sociale et des familles selon lesquelles « les établissements publics et sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu , contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 2012 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

♦ Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'EHPAD « Les Hortensias » de St-Florentin, devant le juge des affaires familiales près du Tribunal de Grand Instance d' Auxerre.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

Le

Signature précédée de la mention

« lu et approuvé » :

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile