



EHPAD
DE CLEGUEREC

Rue Monseigneur Jan
56480 CLEGUEREC

MODELE
A recopier de façon manuscrite
sur feuille libre

ENGAGEMENT DE PAYER

Les frais d'hébergement en EHPAD
(Art R716-9 du code de la santé publique)

L'état de santé de M./MME _____

Domicilié à _____

Nécessite son admission en EHPAD, à la « Résidence Belle Etoile » de Cléguérec.

JE SOUSSIGNE(E) : **Nom** : _____

Prénom : _____

Degré de parenté : _____

Domicile : _____

DECLARE

Reconnaître être informé(e) :

- du prix de journée d'hébergement s'élevant à : **48.61 €**
(Tarif en vigueur à la date de signature de l'engagement)
- du montant de la participation au tarif dépendance s'élevant à : **5.48 €**

M'engager à assurer mensuellement le règlement de ces frais à la Trésorerie de l'EHPAD de Cléguérec.

M'engager en cas de rejet d'aide sociale, à assurer le montant non couvert par les revenus

De : M. /Mme : _____

- *renoncer, en outre, au bénéfice de la discussion prévu par l'article 2021*

Date : _____

SIGNATURE (Suivi de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour engagement de paiement de 53.54 euros par jour » selon la structure d'accueil (somme en chiffres puis en toutes lettres).