



ENGAGEMENT A PAYER

Je soussigné(e),
Domicilié(e) à

.....
.....

Agissant en qualité de¹.....
de Monsieur/ Madame

❖ Déclare avoir connaissance de l'étendue des engagements souscrits par le résident et notamment le montant des prestations incluses dans le présent contrat. Je suis également informé(e) que les tarifs « hébergement » et « dépendance » sont révisés annuellement ; en conséquence, les frais restant à ma charge le seront également.

❖ En connaissance de cause, je m'engage :

1/à acquitter une caution dont le montant équivaut à trente jours du tarif hébergement diminué du forfait hospitalier conformément à l'article 4.1 du Contrat de Séjour.

2/à acquitter les frais d'hébergement selon le prix de journée de€ fixé annuellement par Monsieur le Président du Conseil Départemental de l'Hérault et révisable chaque année, soit mensuellement un montant de€ soit²

.....
.....
au cas où les ressources de Monsieur, Madame.....
seraient insuffisantes, pendant toute la durée de son séjour.

3/ à reverser l'intégralité des pensions de retraite et l' allocation logement selon les règles définies par le Conseil Départemental du domicile de secours, pendant l'instruction du dossier de demande d'aide sociale et en cas de prise en charge au titre de l'aide sociale.

Fait à
Le

Nom et prénom du signataire³ :
Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé, bon pour engagement solidaire »

1 Préciser le lien de parenté (fils, fille, époux, épouse), représentant légal, référent familial
2 Montant à écrire en manuscrit, en toutes lettres, de la main du signataire
3 En cas de pluralité de co-obligés, désigner un référent familial - annexe 4