

POLE MEDICO-SOCIAL

ENGAGEMENT DE PAIEMENT DU RESIDENT

Code de la santé Publique – Art R 6145-4

Cet engagement est à compléter et à signer par le futur résident ou par son représentant légal

Je soussigné(e), Madame/Monsieur _____

Demeurant à _____

M'engage à régler les frais d'hébergement et les frais de dépendance de mon séjour dans votre établissement.
Je déclare être informé(e) des conditions tarifaires de l'établissement :

TARIFS JOURNALIERS

EHPAD AU 01/06/2021 USLD AU 01/06/2021

<u>Résident de moins de 60 ans</u>	tarif unique	63.67 €	85.19 €
------------------------------------	--------------	---------	---------

<u>Résident de 60 ans ou plus</u>	Forfait Hébergement	47.15 €	51.28 €
	Talon modérateur du Forfait		
	Dépendance correspondant au GIR 5/6	5.66 €	10.00 €
	TOTAL JOURNALIER SEJOUR PERMANENT	52,81 €	61,28 €

<u>En cas de séjour temporaire,</u>			
	Forfait Hébergement	47,15 €	
Le tarif Dépendance est appliqué selon le GIR établi à domicile :			
	Dépendance GIR 1 / 2	21.03 €	
	Dépendance GIR 3 / 4	13.34 €	
	Dépendance GIR 5 / 6	5.66 €	

Seuls les résidents ayant leur domicile de secours dans un département extérieur à la Meuse auront un dossier d'APA à constituer pour un séjour permanent.

Les tarifs sont révisables, chaque année civile, par arrêté du Conseil Départemental de la Meuse.
L'établissement en informe le résident ou le destinataire de la facture, par courrier simple.

Fait à _____ Le : ____/____/____

(Mention « lu et approuvé » manuscrite)

Signature du résident ou
de son représentant légal (Nom Prénom)