



Hôpital Gériatrique Les Bateliers

Service Gestion des Hospitalisés

## ENGAGEMENT DE PAYER

Article L.6145-11 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e)

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

M'engage à régler mensuellement à la Recette des Finances du CHRU de Lille les frais de séjour de :

(1) M. Mme Mlle ..... Prénom .....

Lien de parenté (2) .....

A compter de mon (son) entrée à l'EHPAD/USLD du Centre hospitalier de Lille

Je reconnais avoir été informé(e) des tarifs journaliers applicables à la date du .01/.04./2014 :

Forfait journalier d'hébergement ..... €

Forfait journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 ..... €

Forfait journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 ..... €

Forfait journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 ..... €

Dans l'attente d'une prise en charge du conseil général, conformément à la Réglementation de l'Aide Sociale, je m'engage à reverser à la Recette des finances du CHRU de Lille 90 % des ressources mensuelles, exigibles légalement, à compter de la date d'entrée.

En cas de refus de la demande d'aide sociale, je m'engage à payer les frais d'hébergement de au titre de l'obligation alimentaire, je m'engage à régler aussi l'arriéré dû depuis le jour de l'admission.

A défaut de règlement, une procédure sera engagée par le CHRU devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance. à l'effet de statuer sur la répartition des sommes dues, conformément aux dispositions de l'article L6145-11 du Code de la santé publique.

NB : 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.

« Lu et approuvé », le .....

Signature

(1) Si le soussigné n'est pas le résident

(2) Obligés alimentaires : les époux, les enfants, les gendres et belles-filles (Art L -205 et suivants du code de l'action sociale et des familles)