



NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

LIEN de PARENTE avec la PERSONNE en **ACCUEIL DE JOUR** :

.....

Je soussigné(e), M.....
m'engage à régler les frais d'**HEBERGEMENT** et de **DEPENDANCE** restant à la charge de :
M..... admis(e) au **CENTRE
HOSPITALIER** en service **ACCUEIL DE JOUR - EHPAD** (Etablissement Hébergement
Personnes Agées Dépendantes) à **ST MARCELLIN**, à compter du :

(Tarifs ci-dessous, selon le GIR : arrêté de la Direction de la Santé et de l'Autonomie n°2017-1891 du 7 Mars 2017).

Article 1^{er} : Les tarifs hébergement et dépendance applicables à L' **ACCUEIL DE JOUR** de **I'EHPAD** du centre hospitalier de **Saint Marcellin** sont fixés ainsi qu'il suit à compter du **1^{er} Avril 2017** :

Tarifs Hébergement

Tarif hébergement	24.03 €
-------------------	----------------

Tarifs Dépendance

Tarif dépendance GIR 1 et 2	22.54 €
Tarif dépendance GIR 3 et 4	14.31 €

Article 2 : Des dispositions de l'article L315-16 du code de l'action sociale et des familles selon lesquelles « les établissements publics 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 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

Article 3 : Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'**ACCUEIL DE JOUR** de l'**EHPAD** devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance de Grenoble.

Article 4 : 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.

Fait à St Marcellin, le

« Lu et Approuvé »

Signature