**ANNEXE 13 - Engagement de paiement**

Entre les soussignés :

1. XXX, directeur de l’EHPAD XXX, domicilié à XXX, XXX, agissant au nom et pour le compte dudit établissement,

D’une part,

1. **a)** Mme /M………………………………………….………., retraité(e), demeurant à X (X), en l’EHPAD X

né(e) à ………………………………….……., le …………………..….….

Célibataire / Marié(e) / Veuf(ve) de…………………..…

Agissant aux présentes en qualité de résident(e).

**b)** Et Mme /M………………….…………………..……... demeurant à ………………………………………

né(e) à …………………….……, le……………..…………..

Célibataire / Marié(e) / Veuf(ve)

Agissant aux présentes en qualité de débiteur alimentaire de son père / sa mère susnommé(e), conformément aux dispositions des articles 205, 206, 207 et 212 du Code Civil.

Ensemble d’autre part et/ou suivant le cas,

**III.**          ……………………………………. ayant son siège social à …………………………………

Ledit Etablissement agissant comme ………………………….. de :

Mme /M. ……………………………………………..(Etat-civil du ou de la résidente).

Nommé à cette fonction suivant jugement rendu par le Tribunal de Grande Instance de ………………………., en date du ………………….. et comme ayant tous pouvoirs à l’effet des présentes, en vertu dudit jugement.

D’autre part, lesquels, préalablement aux conventions et engagements qui vont suivre, ont exposé ce qui suit :

**EXPOSENT**

Mme/M. …………….………….….........................................., entré(e) en l’EHPAD XXX, le ….............................., à la qualité de résident(e) à compter de ce même jour.

Lors de son entrée dans ledit établissement, ont été remis au résident ou à son représentant, les pièces suivantes :

* La tarification dudit établissement, en ce qu’elle porte sur l’hébergement, le ticket modérateur dela dépendance et le tarif APA ;
* Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour

Cet exposé terminé, Mme/M. ………………….……………………………....................... et/ou son représentant, reconnaissent avoir été informés par XXX, directeur:

* Des modalités contenues dans le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement de l’EHPAD,
* De la tarification des frais de séjour, pratiquée par l’établissement public et notamment de ses augmentations annuelles, le tout, fixé :
* D’une part, par le Conseil Départemental XXX, suivant arrêté ;
* Et d’autre part, par le Conseil d’Administration, en fonction de l’état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)
* De la possibilité qu’ont les débiteurs alimentaires, pour le compte du/de la résident(e), en cas de difficultés liées à l’acquittement des frais de séjour, de faire une demande d’aide sociale auprès de la Mairie du domicile de secours de ce dernier (dossier à demander et à adresser au bureau d’action sociale de la Mairie compétente).

Le/la résident(e) ou ses représentants reconnaissent également avoir été informés de la possibilité qu’ils ont d’obtenir l’aide personnalisée au logement auprès de la Caisse d’Allocations Familiales.

**ENGAGEMENT**

Par ces mêmes présentes, le/la résident(e) ou ses représentants, S’ENGAGENT, A TITRE FORMEL ET IRREVOCABLE, conformément aux dispositions de l’Art. 1101 du Code Civil, envers l’ETABLISSEMENT D’HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES, ci-dessus nommé, domicilié, représenté par XXX, directeur :

1°) A respecter les termes du contrat de séjour portant sur le règlement de fonctionnement de l’EHPAD dûment accepté, le ………………..…………

2°) A régler mensuellement l’ensemble des frais liés à l’hébergement, et à la dépendance (déduction faite de l’APA), auprès du Trésor Public,

3°) A régler, même avec recul, toutes augmentations annuelles (la tarification des prestations est révisée tous les ans lors de la présentation du budget)

4°) Et à régler tous frais, réparations quelconques et charges récupérables ou autres, qui pourraient être dues à l’EHPAD XXX, en fin de contrat ; ladite fin de contrat survenue pour quelque cause ou motif que ce soit.

Il est précisé qu’en cas de rupture de contrat, pour quelque cause que ce soit, les sommes restantes dues seront exigibles dans le délai d’UN (1) MOIS suivant la réception de la lettre recommandée adressée au/à la résident(e) ou aux débiteurs alimentaires par les représentants de l’EHPAD ou toute personne mandatée par eux, sauf conventions contraires.

**JURIDICTION**

En cas de litiges entre les parties, la juridiction compétente sera le Tribunal de Grande Instance de Bordeaux.

Débiteurs conjoints, solidaires et indivisible

ou représentant légal                                                                                   *FAIT en double exemplaire*,

**Signature**                                                                                                          *A XXXX*,