



# EHPAD de Recouvrance

86 cours Genêt  
17100-SAINTES

## CAUTION SOLIDAIRE

Document à remplir par chaque obligé alimentaire (époux, enfants, beaux-enfants)

Je soussigné, \_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (prénom)

Domicilié \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

**Lien de parenté avec le résident\*** : époux, épouse, fils, fille, gendre, belle- fille, petit-fils, petite fille,

*\*barrer les mentions inutiles*

- reconnaît avoir été informé et être d'accord avec le projet de résider à l'EHPAD résidence de Recouvrance de M \_\_\_\_\_ (prénom et nom du résident)

- s'engage à rechercher un accord amiable avec les autres obligés alimentaires en cas de ressources insuffisantes du / de la résident(e)

- se porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées de l'exécution du contrat de séjour :

- Paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance
- Charges récupérables et réparations éventuelles

En cas de désaccord au sein de la famille, le Juge des Affaires Familiales sera saisi en vue de déterminer la part de la dette alimentaire incombant à chaque co-obligés

Les tarifs sont fixés chaque année par le Conseil Général de la Charente Maritime par arrêté et sont donc par conséquent évolutifs. A la date de signature du présent document, les montants sont les suivants :

Tarif hébergement :

Forfait dépendance (GIR 5-6) :Signature de la Directrice du C.C.A.S. « bon pour acceptation »	Signature de la caution « bon pour caution solidaire »
Le	Le