



Résidence Médicalisée
Accueil de Jour Alzheimer
35 rue du Martray – 95240 Cormeilles-en-Parisis
Tél : 01.34.50.43.50 - Fax : 01.39.78.49.22
Mail : ehpad@zemgor.com
Site : www.zemgor.com

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(articles 2011 à 2043 du Code Civil)
(à établir en **deux originaux**)

Etablissement

Résidence Médicalisée Zemgor
35, rue du Martray
95240 Cormeilles en Parisis

Nom et prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement

NOM et Prénom :

Domicile :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée hébergement et dépendance applicable est de :

(sommes en toutes lettres) :

Hébergement :

Dépendance :

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental

Après avoir pris connaissance du Contrat de Séjour et du Règlement de Fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental du Val d'Oise,
- des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de Séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci-après :

"Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de Séjour et résultant de ce Contrat de Séjour et du Règlement de Fonctionnement dont j'ai reçu deux exemplaires :

- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,

- pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA ou de la PSD,

- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

Je déclare avoir une parfaite connaissance de la nature et de l'étendue de mon engagement."

Mention manuscrite de la caution :

Fait à , le

LA CAUTION

Le Directeur de l'établissement
ou son représentant

Signature précédée de la mention manuscrite
"lu et approuvé pour caution solidaire"

Signature précédée de la mention manuscrite
"lu et approuvé, bon pour acceptation"