**ATTESTATION SUR L’HONNEUR DE NON-DOUBLE FINANCEMENT
Fonds de soutien aux EHPAD 2025**

Je soussigné(e), [Nom et prénom],

Directeur(trice) de l’établissement : [Nom de l’EHPAD],

situé au [adresse complète],
FINESS géographique : [FINESS de l’établissement à completer]

Je certifie sur l'honneur que le ou les projets soumis dans le cadre du fonds de soutien des EHPAD 2025 ne bénéficient pas et n’ont pas bénéficié d’un financement total ou partiel au titre d’autres dispositifs ou sources de financement publics, notamment :

- le Plan National pour la Refondation (PNRR),
- les crédits du Ségur de la santé,
- le Plan France Relance,
- ou toute autre aide publique à finalité équivalente.

Je m’engage à signaler sans délai toute évolution ultérieure susceptible de remettre en cause cette déclaration.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration m’expose à des sanctions administratives ou pénales, et au remboursement des sommes indûment perçues.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [lieu], le [date]

Signature et cachet de l’établissement :
[Signature]