

**ATTESTATION D'INFORMATION SUR LES TARIFS  
HEBERGEMENT TEMPORAIRE – RESIDENCE DES CEDRES**

**Concernant l'accueil de :**

M.....

**Je certifie :**

- avoir pris connaissance des **tarifs journaliers appliqués au 01/05/2021** :

	GIR 1 et 2	GIR 3 et 4	GIR 5 et 6
Hébergement	67.86	67.86	67.86
Dépendance	43.39	27.53	11.68
Si APA département 74	-31.71	-15.85	0
<b>Total à charge</b>	<b>79.54</b>	<b>79.54</b>	<b>79.54</b>
<b>Hors département 74</b>	<b>111.25</b>	<b>95.39</b>	<b>79.64</b>

- être informé que ces tarifs sont fixés par arrêté préfectoral et révisés chaque année.

**Signature du responsable légal ou du référent familial :**

Nom, Prénom :

A Rumilly, le

Signature :

**La facture des frais d'hébergement temporaire sera adressée mensuellement à :**

M.....

En qualité de                      responsable légal  
référent familial

Adresse :

.....  
.....

**A compléter lors de l'entrée en établissement**

**Admission pour la période du : ..... au .....**

**Tarif journalier : .....**