Centre Hospitalier de Rumilly Gabriel DÉPLANTE

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

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	74.03	74.03	74.03
Dépendance	43.39	27.53	11.68
Si APA département 74	-31.71	-15.85	0
Total à charge	**85.71**	**85.71**	**85.71**
Hors département 74	**117.42**	**101.56**	**85.71**

- 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 : ……...