**ACCUEIL DE JOUR**

**SAINT - MIHIEL**

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Code de la Santé Publique – Art R 6145-4

Cet engagement est à compléter et à signer par le futur hôte ou par son représentant légal.

|  |
| --- |
| Je soussigné(e), Monsieur / Madame / Mademoiselle (1) ………………………………………………  Adresse ……………………………………………………………………………………………..  Ville : ……………………………………………………………. Code postal : ………………….  Téléphone : …………………………..  m’engage à régler à votre établissement les frais d’hébergement et de dépendance  *(1/3 du tarif hébergement de l’année en cours + le tarif du Gir. 5/6 au titre de la dépendance*.)  Année 2022 au 1/03/2022  Tarif hébergement 15,56 + Tarif dépendance 6,65  TOTAL JOURNALIER = **22,21 € / jour**  ❒ de mon accueil dans votre établissement  ❒ d’accueil de mon/ma (lien de parenté) ……………………………………………………………….  Adresse de facturation : …………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………. |

Fait à ………………………………………. Le : …………………………………

Signature :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Rayer la mention inutile