



**DESOTO MEMORIAL HOSPITAL  
DECLARACION CERTIFICADA DE INGRESOS**

DeSoto Memorial Hospital  
900 N. Robert Avenue  
Arcadia, FL 34266  
(863)494-3535  
Fax (863)491-4328

**DESOTO MEMORIAL HOSPITAL USES THE "SLIDING SCALE METHOD" TO DETERMINE  
THE DOLLAR AMOUNT TO BE CONSIDERED AS REDUCTION IN FEES FOR ELIGIBLE PATIENTS**

**2023 DIRECTRICES EN LA REDUCCION DE HONORARIOS  
EN LA FLORIDA SE UTILIZA EL INGRESO BRUTO**

Family Size									PATIENT PAYS
% FPG	1	2	3	4	5	6	7	8	
100%	\$14,580	\$19,720	\$24,860	\$30,000	\$35,140	\$40,280	\$45,420	\$50,560	0%
150%	\$21,870	\$29,580	\$37,290	\$45,000	\$52,710	\$60,420	\$68,130	\$75,840	0%
200%	\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	0%
250%	\$36,450	\$49,300	\$62,150	\$75,000	\$87,850	\$100,700	\$113,550	\$126,400	10%
300%	\$43,740	\$59,160	\$74,580	\$90,000	\$105,420	\$120,840	\$136,260	\$151,680	20%
350%	\$51,030	\$69,020	\$87,010	\$105,000	\$122,990	\$140,980	\$158,970	\$176,960	30%
400%	\$58,320	\$78,880	\$99,440	\$120,000	\$140,560	\$161,120	\$181,680	\$202,240	40%

PARA FAMILIAS/HOGARES CON MAS DE 8 PERSONAS, AGREGUEN \$5,140 PARA CADA PERSONA ADICIONAL.

Fecha : \_\_\_\_\_ Account Number: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Direccion del Paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Encargado de la cuenta: \_\_\_\_\_

Numero de personas en la Familia: \_\_\_\_\_  
(basado en las exenciones de impuestos)

ESTADO BANCARIO MAS RECIENTE, TALONARIOS DE UN MES Y SU MAS RECIENTE REINTEGRO DE INGRESOS SON REQUERIDOS PARA QUE USTED PUEDA CUALIFICAR PARA EL PROGRAMA DE CARIDAD, CUALQUIER EXCEPCION DEBE SER APROBADA POR EL DIRECTOR DE FACTURACION.

Estoy declarando mis circunstancias financieras y afirmo que lo que he declarado al Hospital DeSoto Memorial es verdadero y correcto. Además, por este medio autorizo a mi patrono y a mis instituciones financieras (bancos, prestamos y ahorros, cooperativa de ahorros o compania financiera) a divulgar parte o toda mi informacion financiera o a mis cuentas financieras, cuentas en conjunto, historial de empleo o cualquier acuerdo de prestamo al Hospital DeSoto Memorial. Por este medio reconozco que, de acuerdo al estatuto 817.50 del estado de la Florida, proveer informacion falsa para defraudar al hospital con el proposito de obtener ganancias o servicios es un delito de segundo grado y doy fe que informacion de arriba es correcta y precisa.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del encargado de la cuenta