



Child Health Plus

Коротко о важном

КТО ИМЕЕТ ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ?

КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ

- Не достигли возраста 19 лет.
- Постоянно проживают в штате Нью-Йорк.
- Не имеют права на участие в программе Medicaid.
- Их лечение не покрывается другими видами медицинского страхования.
- Не участвуют и не имеют права на участие в программе медицинского страхования штата Нью-Йорк (NYSHIP).
- Дети могут иметь право на участие в программе независимо от их иммиграционного статуса.

NY State of Health соблюдает соответствующие федеральные законы о гражданских правах и законы штата и не допускает дискриминации по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, полу, возрасту, семейному положению, досье арестов, судимости (-ям), гендерной идентичности, сексуальной ориентации, генетической предрасположенности к определенным заболеваниям, отношению к военной службе, статусу жертвы бытового насилия и (или) репрессий.

ЧТО ВХОДИТ В ПРОГРАММУ?

- Посещения для проверки состояния ребенка.
- Медицинский осмотр.
- Иммунизация.
- Больничное / хирургическое лечение в условиях стационара.
- Лабораторные услуги и услуги диагностической визуализации.
- Услуги стоматолога и окулиста.
- Неотложная медицинская помощь.
- Кратковременная физиотерапия и эрготерапия.
- Рецептурные и безрецептурные препараты, если они заказаны лицензированным специалистом.
- Терапевтические амбулаторные услуги (химиотерапия, гемодиализ).
- Услуги стационарного и амбулаторного лечения психических заболеваний и расстройств, лечение алкогольной и наркотической зависимости.
- Услуги по лечению нарушений речи и слуха.

Это не исчерпывающий список покрываемых льгот. По любым вопросам об услугах и льготах, покрываемых вашим планом медицинского страхования и поставщиками, вам следует обращаться непосредственно в свой план медицинского страхования.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

nystateofhealth.ny.gov | 1-855-355-5777 или телетайп 1-800-662-1220

СКОЛЬКО СТОИТ ПРОГРАММА CHILD HEALTH PLUS?

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ: ежемесячные страховые взносы зависят от дохода и размера семьи*. Семьи с низким доходом не платят ежемесячные страховые взносы. Семьи с более высоким доходом платят ежемесячные взносы согласно приведенной ниже таблице. Многодетные семьи вносят месячные платежи не более чем за трех детей. Семьи с доходами выше уровня субсидируемого страхового покрытия могут выплачивать страховые взносы в полном объеме, который зависит от их плана медицинского обслуживания.

ДОЛЕВАЯ ОПЛАТА РАСХОДОВ: Child Health Plus не предусматривает ни годовой франшизы, ни доплат.

Максимальный годовой доход в соответствии с размером семьи				Ежемесячный взнос за одного ребенка (вы платите не более чем за 3 детей)
1	2	3	4	
33434 долл. США	45377 долл. США	57321 долл. США	69,264 долл. США	0 долл. США
37650 долл. США	51100 долл. США	64550 долл. США	78,000 долл. США	15 долл. США (макс. 45 долл. США)
45180 долл. США	61320 долл. США	77460 долл. США	93,600 долл. США	30 долл. США (макс. 90 долл. США)
52710 долл. США	71540 долл. США	90370 долл. США	109,200 долл. США	45 долл. США (макс. 135 долл. США)
60240 долл. США	81760 долл. США	103,280 долл. США	124,800 долл. США	60 долл. США (макс. 180 долл. США)
Более 60240 долл. США	Более 81760 долл. США	Более 103,280 долл. США	Более 124,800 долл. США	Полный страховой взнос, в зависимости от плана страхования здоровья (без семейного максимума)

* Исходя из федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL) на 2024 год. Уровни дохода могут корректироваться каждый год в зависимости от изменений размера федерального прожиточного минимума.