



के-के कुराहरु समाविष्ट छन्?

निम्न विशेषता भएका बालबालिकाः

- उमेर 19 वर्ष भन्दा मुनिका
- न्यूयार्क राज्यमा बसोबास गर्ने निवासीहरू
- **Medicaid** लागि अयोग्य
- अन्य स्वास्थ्य बीमा समाविष्ट नगरेका
- राज्य स्वास्थ्य लाभ कार्यक्रम (NYSHIP) मार्फत स्वास्थ्य कभरेजका लागि अयोग्य रहेका वा यसमा नामाङ्कित नरहेका
- आप्रवासन स्थिति जे-जस्तो भए पनि अयोग्य हुन सक्ने बालबालिका

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • स्वस्थ- बच्चा भेटहरू • शारीरिक जाँचहरू • खोपहरू • अन्तरंग अस्पताल/शल्य चिकित्सा स्याहार • ल्याब तथा इमेजिङ सेवाहरू • दन्त तथा दृष्टि सेवाहरू • आपतकालीन सेवाहरू | <ul style="list-style-type: none"> • अल्पकालीन शारीरिक र पेशागत उपचार • इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सकद्वारा आदेश दिइएको छ भने निर्देशित र गैर-निर्देशित औषधिहरू • उपचारात्मक बहिरंग सेवाहरू (केमोथेरापी, हेमोडायलिसिस) • अन्तरंग तथा बहिरंग मानसिक स्वास्थ्य र लागूपदार्थ दुर्व्यसनी असन्तुलन सेवाहरू • बोली तथा श्रवण सेवाहरू |
|---|--|

यो समाविष्ट लाभहरूको सबै समावेशी सूची होइन। तपाईंको स्वास्थ्य योजना र प्रदायकहरू मार्फत समाविष्ट गरिएका सेवा र लाभहरूको लाभहरूबारे कुनै पनि कुनै पनि प्रश्नहरूका लागि आफ्नो स्वास्थ्य योजनालाई सीधै सम्पर्क गर्नुपर्छ।

हामीलाई निम्नमा सम्पर्क गर्नुहोस्:

nystateofhealth.ny.gov | 1-855-355-5777 वा TTY 1-800-662-1220

Si usted habla un idioma diferente al inglés, los servicios de asistencia de idioma están disponibles gratis para usted. Llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

如果您使用的語言不是英語，您可以使用我們的免費語言支援服務。請致電 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)。

चाइल्ड हेल्थ प्लस (CHILD HEALTH PLUS) योजनाका लागि शुल्क कति लाग्छ?

मासिक प्रिमियमहरूः मासिक मूल्य घरायसी आम्दानी तथा परिवारको आकारमा निर्भर रहन्छ ।* न्यून आम्दानीहरू भएका परिवारहरूका लागि कुनै पनि मासिक प्रिमियम हुँदैन । उच्च आम्दानी भएका परिवारहरूले तलको चिन्नपट अनुसारको मासिक प्रिमियम भुक्तान गर्छन् । ठूला परिवारहरूका लागि मासिक शुल्क तीन बालबालिकाहरूका अनुसार छुट्याइन्छ । आर्थिक सहायता प्राप्त कभरेज स्तर भन्दा धेरै आम्दानी हुने परिवारहरूले सहभागी स्वास्थ्य योजना अनुसार भिन्न-भिन्न हुने पूरा प्रिमियम भुक्तान गर्न सक्छन् ।

लागत साझेदारीः चाइल्ड हेल्थ प्लस (Child Health Plus) कुनै वार्षिक कटौती रकम तथा सह भुक्तानीहरू हुँदैनन् ।

परिवारको आकार अनुसारको अधिकतम वार्षिक आम्दानी				प्रति बच्चा मासिक पारिवारिक सहयोग (तपाईंले भुक्तान गर्ने बालबालिकाहरूको अधिकतम सङ्ख्या 3 हो)
1	2	3	4	
\$34,743	\$46,953	\$59,163	\$71,373	\$0
\$39,125	\$52,875	\$66,625	\$80,375	\$15 (अधिकतम \$ 45)
\$46,950	\$63,450	\$79,950	\$96,450	\$30 (अधिकतम \$90)
\$54,775	\$74,025	\$93,275	\$112,525	\$45 (अधिकतम \$135)
\$62,600	\$84,600	\$106,600	\$128,600	\$60 (अधिकतम \$180)
भन्दा बढि \$62,600	भन्दा बढि \$84,600	भन्दा बढि \$106,600	भन्दा बढि \$128,600	पूर्ण प्रीमियम, स्वास्थ्य योजना (कुनै परिवार अधिकतम हुँदैन) अनुसार भिन्न हुन्छ

*2025को संघीय गरिबी स्तरहरूमा (Federal Poverty Levels, FPL) आधारित । आम्दानी स्तरहरू FPL का आधारमा प्रत्येक वर्ष समायोजन गर्न सकिन्छ ।