



# एक झलकमा चाइल्ड हेल्थ प्लस (Child Health Plus)

## के-के कुराहरू समाविष्ट छन्?

### को योग्य छ?

#### निम्न विशेषता भएका बालबालिकाः

- उमेर 19 वर्ष भन्दा मुनिका
- न्यूयॉर्क 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

- स्वस्थ- बच्चा भेटहरू
- शारीरिक जाँचहरू
- खोपहरू
- अन्तरंग अस्पताल/शल्य चिकित्सा स्याहार
- ल्याब तथा इमेजिङ सेवाहरू
- दन्त तथा दृष्टि सेवाहरू
- आपतकालीन सेवाहरू
- 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](http://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 प्रिमियमहरू:** 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 साझेदारी:** 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	
\$33,434	\$45,377	\$57,321	\$69,264	\$0
\$37,650	\$51,100	\$64,550	\$78,000	\$15 (अधिकतम \$ 45)
\$45,180	\$61,320	\$77,460	\$93,600	\$30 (अधिकतम \$90)
\$52,710	\$71,540	\$90,370	\$109,200	\$45 (अधिकतम \$135)
\$60,240	\$81,760	\$103,280	\$124,800	\$60 (अधिकतम \$180)
भन्दा बढी \$60,240	भन्दा बढी \$81,760	भन्दा बढी \$103,280	भन्दा बढी \$124,800	पूर्ण प्रिमियम, स्वास्थ्य योजना (कुनै परिवार अधिकतम हुँदैन) अनुसार भिन्न हुन्छ

\*2024को संघीय गरिबी स्तरहरूमा (Federal Poverty Levels, FPL) आधारित। आम्दानी स्तरहरू FPL का आधारमा प्रत्येक वर्ष समायोजन गर्न सकिन्छ।