



## ΠΟΙΟΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ;

Μόνιμοι κάτοικοι χαμηλού εισοδήματος που είναι:

- Έγκυες γυναίκες και παιδιά
- Παιδιά ηλικίας 1-18 ετών
- Γονείς και κηδεμόνες προστατευόμενων τέκνων, ή
- Ενήλικες ηλικίας 19-64 ετών, οι οποίοι δεν είναι έγκυες γυναίκες και δεν δικαιούνται κάλυψη από το Medicare.

Η υπηρεσία NY State of Health τηρεί τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους που διέπουν τα ατομικά δικαιώματα και τους πολιτειακούς νόμους και δεν εισάγει διακρίσεις βάσει φυλής, χρώματος, εθνικής καταγωγής, θρησκευτικών πεποιθήσεων, φύλου, ηλικίας, έγκυμης/οικογενειακής κατάστασης, ποινικού μητρώου (συλλήψεις και ποινικές καταδικές), ταυτότητας φύλου, γενετήσιου προσανατολισμού, προδιαθεσικών γονιδίων, στρατολογικής κατάστασης, θυματοποίησης λόγω ενδοοικογενειακής βίας ή/και πράξεων αντεκδίκησης.

# Πρόγραμμα Medicaid **Με μια ματιά**

## ΤΙ ΚΑΛΥΠΤΕΙ;

- Νοσηλεία και περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου
- Κλινικές υπηρεσίες
- Έγκαιρη προληπτική εξέταση, διάγνωση και θεραπεία για παιδιά κάτω των 21 ετών στο πλαίσιο του προγράμματος για παιδιά και εφήβους Child/Teen Health Program
- Φάρμακα, προμήθειες, ιατρικό εξοπλισμό και εξοπλισμό, όπως αναπηρικά καροτσάκια κ.λπ.
- Εργαστηριακές εξετάσεις και ακτινογραφίες
- Προληπτική υγειονομική και οδοντιατρική περίθαλψη και θεραπεία από ιατρούς και οδοντιάτρους
- Περίθαλψη σε οικο ευγηρίας
- Περίθαλψη μέσω υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας
- Θεραπεία σε ψυχιατρικά νοσοκομεία (για άτομα ηλικίας κάτω των 21 ετών ή 65 και άνω), εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας και εγκαταστάσεις για άτομα με αναπτυξιακές δυσκολίες
- Υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού
- Μεταφορά σε ιατρικά ραντεβού, μεταξύ των οποίων με μέσα μαζικής μεταφοράς και χιλιόμετρα με το αυτοκίνητο
- Επείγουσα μεταφορά σε νοσοκομείο με ασθενοφόρο
- Προϊόντα για τη διακοπή του καπνίσματος, όπως σίχλες και επιθέματα

Ορισμένες υπηρεσίες ενδέχεται να μην καλύπτονται λόγω ηλικίας, οικονομικών συνθηκών, οικογενειακής κατάστασης ή διευθετήσεων διαβίωσης. Για ορισμένες υπηρεσίες ενδέχεται να απαιτείται μικρή συμμετοχή. Δεν θα χρειαστεί να καταβάλλετε συμμετοχή αν είστε μέλος οργανωμένου προγράμματος περίθαλψης, εκτός από μια μικρή συμμετοχή για φαρμακευτικές υπηρεσίες.

## **ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΤΕ ΜΑΖΙ ΜΑΣ:**

[nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov) | 1-855-355-5777 ή TTY 1-800-662-1220  
[health.ny.gov/medicaid/](http://health.ny.gov/medicaid/)

## Πώς θα ξέρω αν δικαιούμαι κάλυψη από το πρόγραμμα Medicaid βάσει του εισοδήματος και των πόρων μου;

Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει το ύψος του ετήσιου εισοδήματος που επιτρέπεται να έχετε για να δικαιούστε κάλυψη από το πρόγραμμα Medicaid.\*  
Τα επίπεδα των εισοδημάτων βασίζονται στον αριθμό των μελών της οικογένειας που διαμένουν μαζί σας.

Ετήσια επίπεδα εισοδήματος 2025				
Μέγεθος νοικοκυριού	Γονείς/κηδεμόνες ή Άγαμοι/άτεκνα ζευγάρια ή Ενήλικες ηλικίας 19 και 20 ετών που δεν μένουν με τους γονείς τους	Παιδιά 1 - 18 ετών	Ενήλικες 19 και 20 ετών που μένουν με τους γονείς τους	Έγκυες γυναίκες, νήπια κάτω του 1 έτους, ή Άτομα που δικαιούνται παροχές οικογενειακού προγραμματισμού
	138% του FPL	154% του FPL	155% του FPL	223% του FPL
1	\$21,597	\$24,101	\$24,258	\$34,900
2	\$29,187	\$32,571	\$32,783	\$47,165
3	\$36,777	\$41,041	\$41,308	\$59,430
4	\$44,367	\$49,511	\$49,833	\$71,695
5	\$51,957	\$57,981	\$58,358	\$83,960
6	\$59,547	\$66,451	\$66,883	\$96,225
7	\$67,137	\$74,921	\$75,408	\$108,490
8	\$74,727	\$83,391	\$83,933	\$120,755
9	\$82,317	\$91,861	\$92,458	\$133,020
10	\$89,907	\$100,331	\$100,983	\$145,285
Επιπλέον άτομο	\$7,590	\$8,470	\$8,525	\$12,265

\*Με βάση τα ομοσπονδιακά επίπεδα φτώχειας (Federal Poverty Levels, FPL) για το 2025. Τα επίπεδα του εισοδήματος προσαρμόζονται ετησίως βάσει των αλλαγών στα ομοσπονδιακά επίπεδα φτώχειας.

### Πόσο κοστίζει το πρόγραμμα Medicaid;

**Μηνιαία ασφάλιστρα:** Δεν υπάρχουν μηνιαία ασφάλιστρα για το Medicaid.

**Επιμερισμός κόστους:** Για ορισμένες υπηρεσίες που καλύπτονται από το Medicaid απαιτείται η καταβολή μικρής συμμετοχής, ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις όπου δεν απαιτείται συμμετοχή.

Το υψηλότερο ποσό που θα χρειαστεί να καταβάλλετε για συμμετοχή στο πλαίσιο του προγράμματος Medicaid ετησίως είναι 200 \$.

Για μια λίστα των πιο συχνών ερωτήσεων και απαντήσεων σχετικά με το Medicaid, μεταβείτε στην ηλ. διεύθυνση:  
[health.ny.gov/medicaid/](http://health.ny.gov/medicaid/)