Plani që ju ndihmon të përballoni koston e recetave

FORMULARI I APLIKIMIT

Ripunuar në qershor 2007

Mesazh i rëndësishëm

Aplikantët që kanë të drejtë të përfitojnë Medicare mund të aplikojnë për Prescription Advantage pavarësisht nëse janë të regjistruar apo jo në një plan Medicare për barna me recetë. Megjithatë, aplikantët duhet të regjistrohen në një plan Medicare barnash me recetë, ose një plan që ofron mbulim të mjaftueshëm para se të fillojnë të marrin përfitime të Prescription Advantage.

Shihni Kushtet për të përfituar, në faqen i.

Administruar nga Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Elder Affairs
(Commonwealth e Massachusetts Zyra ekzekutive për çështjet e të moshuarve)

Po të keni pyetje ose po të keni nevojë për ndihmë në plotësimin e këtij formulari, lutemi telefononi në 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) ose TTY (pa pagesë) për njerëz me probleme dëgjimi, në 1-877-610-0241.

Prescription Advantage

Faleminderit që po shprehni interes për planin Prescription Advantage. Kjo broshurë përmban një vështrim të përgjithshëm mbi Prescription Advantage dhe një Formular Aplikimi. Ka rëndësi t'i lexoni dhe t'i kuptoni të gjitha seksionet e broshurës para se të plotësoni dhe të paraqitni formularin. Paraqitja e këtij Formulari Aplikimi do t'ju anëtarësojë në Prescription Advantage, nëse miratoheni.

Kushtet për të përfituar

Prescription Advantage mund ta perfitojnë për banorë të Massachusetts-it që nuk janë anëtarë të programeve MassHealth ose CommonHealth dhe që janë:

1. 65 vjeç ose më të moshuar; ose
2. Më të rinj se 65 vjeç, punojnë jo më shumë se 40 orë në muaj, fitojnë jo më shumë se të ardhurat maksimale për t'u kualifikuar për kategorinë 2 ose S2 [Shihni Udhëzuesin e bashkëngjitur për Programet e Tarifave (Rate Schedule Guide), ku do të gjeni përshkrime të hollësishme të kushteve të kualifikimit për të ardhurat.] dhe përmbushin kriteret e paaftësisë për punë (Shihni faqen 6 të aplikimit për hollësitë në lidhje me çfarë duhet të paraqitni për të provuar paaftësinë për punë.).

Shënime të rëndësishme:

* Individët që kanë të drejtë të përfitojnë Medicare duhet të regjistrohen edhe në një Plan Medicare Për Barna me recetë ose në një plan që ofron mbulim të mjaftueshëm (Creditable Coverage) dhe duhet të kenë të ardhura familjare bruto jo më të larta se 500% e Nivelit Federal të Varfërisë (të ardhurat maksimale për kategorinë 5 në Udhëzuesin e bashkëngjitur për Programet e Tarifave).
* Edhe individë që marrin ndihmë nga MassHealth për të paguar kuota, tarifa të deduktueshme dhe bashkëpagesa të Medicare Part A dhe/ose Part B, mund të përfitojnë nga Prescription Advantage.

Për të dhëna të hollësishme në lidhje me përfitimet që ofron Prescription Advantage, shihni Udhëzuesin për Programet e Tarifave që ju është dhënë me këtë Formular Aplikimi.

Përfitime për Anëtarë që kanë Medicare

Nëse jeni banorë të Massachusets dhe njëkohësisht keni Medicare, Prescription Advantage mund t'ju ndihmojë të paguani për mbulimin që ofron Medicare për barnat me recetë. Në vartësi të të ardhurave tuaja dhe të Planit Medicare për barnat me recetë që keni zgjedhur, Prescription Advantage mund t'ju ndihmojë t'i paguani të gjitha ose një pjesë të shpenzimeve për kuotat mujore, pagesat e deduktueshme dhe bashkëpagesat. Shihni Udhëzuesin e bashkëngjitur për Programet e Tarifave për të dhëna më të hollësishme në lidhje me përfitimet që mund të keni të drejtë të merrni.

Shënim: Po të keni mbulim të mjaftueshëm (Creditable Coverage), do të merrni të njëjtat përfitime me ato që përmenden në vijim, me përjashtim të ndihmës për kuotat mujore.

Si funksionojnë kuotat:
Se ç'pjesë të kuotës suaj mujore të Planit Medicare të barnave do të paguajë Prescription Advantage, kjo përcaktohet nga kriteret rajonale të Medicare. Po të zgjidhni një Plan barnash Medicare me mbulim bazë, Prescription Advantage do të paguajë një pjesë të kuotave tuaja mujore. Po të zgjidhni një Plan barnash Medicare me mbulim të përmirësuar, Prescription Advantage do të paguajë një pjesë të kuotës suaj siç tregohet më lart, në raport me atë madhësi të kuotës që i referohet përfitimit bazë. Prescription Advantage nuk do të paguajë kuota që kanë të bëjnë me mbulimin e përmirësuar.

Si funksionojnë bashkëpagesat:
Në qoftë se bari juaj me recetë mbulohet nga Plani Medicare Për Barna, Prescription Advantage do të paguajë një pjesë të bashkëpagesës suaj. Bashkëpagesat tuaja gjithsej nuk do t'i kalojnë shumat e listuara në Udhëzuesin e bashkëngjitur për Programet e Tarifave. Prescription Advantage nuk do të paguajë asgjë që ka të bëjë me barna të pambuluara nga Plani Medicare Për Barna (Part D), me përjashtim të benzodiazepinave (që zakonisht përdoren kundër ankthit dhe pagjumësisë).

Si funksionon kufiri vjetor i shpenzimeve nga xhepi:
Në qoftë se shuma e bashkepagesave e arrin kufirin e shpenzimeve tuaja, Prescription Advantage do t'i mbulojë bashkëpagesat tuaja për ç'mbetet nga viti i Planit, për të gjitha barnat që mbulohen nga Plani juaj Medicare për barna (Part D) dhe benzodiazepinat.

Ndihma Shtesë (Extra Help) nga Medicare

Medicare u ofron të gjithë atyre që përfitojnë Ndihmë Shtesë (Extra Help), të paguajne barnat me recetë. Prescription Advantage do t'u kërkojë aplikantëve që mund të përfitojnë Ndihmë Shtesë që t'u paraqitin një aplikim Sigurimeve Shoqërore. Nëse keni aplikuar tashmë për Ndihmë Shtesë, paraqitni, së bashku me aplikimin, edhe një kopje të letrës me vendimin e Sigurimeve Shoqërore. Për të dhëna të mëtejshme, shihni Udhëzuesin e bashkëngjitur për Programet e Tarifave.

Përfitime për Anëtarë që nuk kanë Medicare

Nëse jeni banorë të Massachusets, dhe nuk keni Medicare, Prescription Advantage mund t'ju ofrojë mbulim parësor për barna me recetë. Për të dhëna specifike në lidhje me përfitimet, shihni Udhëzuesin e bashkëngjitur për Programet e Tarifave.

Si funksionojnë pagesat e deduktueshme:
Pagesat e deduktueshme janë ato shuma parash që paguani për të mbuluar koston e barnave tuaja me recetë çdo tre muaj, para se t'i merrni barnat me recetë me bashkëpagesën e zbatueshme. Nëse bëni pjesë në një kategori që parashikon pagesa të deduktueshme, do të faturoheni në atë mënyrë kur të paraqitni kartën tuaj në farmaci në fillim të çdo tremujori.

Si funksionojnë bashkëpagesat:
Pasi të keni shlyer pagesën tuaj tremujore të deduktueshme (nëse duhet), do të paguani vetëm shumat e listuara më sipër si bashkëpagesa për ç'mbetet nga ai tremujor.

Si funksionon kufiri vjetor i shpenzimeve nga xhepi:
Në qoftë se shuma bashkepagesave e arrin kufirin e shpenzime tuaja, Prescription Advantage do t'i mbulojë bashkëpagesat tuaja për ç'mbetet nga viti i Planit, për të gjitha barnat që mbulohen nga Prescription Advantage.

Si të përcaktoni se cilat barna mbulohen:
Prescription Advantage përdor një Formular plani, i cili është një listë barnash me recetë që u ofrohen anëtarëve. Formulari i planit përpilohet, kontrollohet dhe përditësohet nga një komision i përzgjedhur farmacistësh. Po të keni pyetje në lidhje me barnat që merrni dhe nëse mbulohen apo jo, lutemi merrni në telefon Shërbimin e Klientëve të Prescription Advantage në 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) ose TTY (pa pagesë) për njerëz me probleme dëgjimi në 1-877-610-0241.

Prescription Advantage

Si duhet plotësuar ky Formular Aplikimi

Nëse dëshironi të aplikoni për Prescription Advantage, lutemi:

- Përgjigjjuni të gjitha pyetjeve në këtë Formular Aplikimi;
- Dorëzoni te nënshkruar dhe te plotësuar Formularin e Përfaqësuesit të Autorizuar, nëse dëshironi që dikush tjetër, të mund të njihet me Informacionin tuaj të Fshehtë Shëndetësor;
- Nëse jeni 66 vjeç ose më i moshuar dhe po aplikoni jashtë një periudhe regjistrimi të hapur, plotësoni dhe paraqitni një Formular të Përjashtimit Cilësues; dhe
- Dërgojeni Formularin e Aplikimit, të plotësuar dhe të nënshkruar prej jush, së bashku me të gjithë dokumentacionin e kërkuar, në adresën:

Prescription Advantage
P.O. Box 15153
Worcester, MA 01615-0153

Formularin mund edhe ta dërgoni me faks, në numrin 508-793-1133

Po të keni pyetje në lidhje me regjistrimin në Prescription Advantage ose po të keni nevojë për ndihmë në plotësimin e këtij Formulari Aplikimi, lutemi telefonojini

Shërbimit për Klientë të Prescription Advantage në:

1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) ose
TTY (pa pagesë) për njerëz me probleme dëgjimi, në 1-877-610-0241

Ky simbol tregon se, përveçse t'i përgjigjeni pyetjeve në formular, duhet të paraqitni edhe dokumente në mbështetje të informacionit që jepni.

Shënime të rëndësishme:

- **Paraqitja e këtij Formulari Aplikimi do t'ju anëtarësojë në Prescription Advantage, nëse pranoheni.**
- Pasi ta keni paraqitur Formularin e Aplikimit, është përgjegjësia juaj të njoftoni sa herë që informacioni juaj ndryshon. Nëse nuk e përditësoni informacionin, kjo mund të çojë në refuzim të Aplikimit tuaj, ose në ndërprerje të anëtarësisë.
- Këtë Formular Aplikimi mund ta përdorni për të aplikuar ju vetë, ose për të aplikuar së bashku me bashkëshortin/ten tuaj (nëse jetoni së bashku). Nëse ndonjë pjesëtar i familjes suaj (përveç jush dhe bashkëshortit/es tuaj) po aplikon për Prescription Advantage, lutemi plotësoni për të një formular të veçantë.

Prescription Advantage

FORMULARI I APLIKIMIT

A. Të dhëna për aplikantin dhe bashkëshortin/en

Në këtë pjesë te formularit do t'ju përgjigjeni pyetjeve në lidhje me ju dhe bashkëshortin/en tuaj. Nëse bashkëshorti/ja juaj jeton me ju, është e nevojshme t'ju përgjigjeni të gjitha pyetjeve që kanë të bëjnë edhe me ju, edhe me bashkëshortin/en, edhe sikur ky i fundit të mos aplikojë në këtë moment.

APLIKANTI

Prefiksi (Zoti/Zonja/ Zojusha)	Mbiemri	Emri	INIC.	Sufiksi (Jr., Sr., etj.)
Numri i Sigurimeve Shoqërore *	Numri ID Medicare **	Numri i Pensionit Hekurudhor		
Datëlindja	Raca (fakultative)	Gjuha e preferuar për shkrim		
Gjinia ☐ Burrë ☐ Grua	Jeni veteran? ☐ Po ☐ Jo	Jeni regjistruar në Medicare? ☐ Po ☐ Jo *Nëse Po, shkruajeni Numrin ID Medicare më sipër.*		

BASHKËSHORTI/BASHKËSHORTJA

Prefiksi (Zoti/Zonja/ Zojusha)	Mbiemri	Emri	INIC.	Sufiksi (Jr., Sr., etj.)
Numri i Sigurimeve Shoqërore *	Numri ID Medicare **	Numri i Pensionit Hekurudhor		
Datëlindja	Raca (fakultative)	Gjuha e preferuar për shkrim		
Gjinia ☐ Burrë ☐ Grua	Jeni regjistruar tashmë në planin Prescription Advantage? ☐ Po ☐ Jo *Nëse po, shkruajeni këtu poshtë numrin ID të Prescription Advantage* _____	Jeni regjistruar në Medicare? ☐ Po ☐ jo *Nëse Po, shkruajeni Numrin ID Medicare më sipër.*		
Jeni veteran? ☐ Po ☐ Jo				

* Vendoseni vetë nëse do të na e jepni Numrin e Sigurimeve Shoqërore apo jo. Prescription Advantage do ta përdorë këtë numër për të marrë të dhëna në lidhje me programe të tjera të financuara nga shteti dhe në rrugë federale.

** Po të keni Medicare Part A, B ose D, lutemi bashkëlidhini këtij formulari një kopje të të dy anëve të kartës suaj Medicare.

Po të keni ndonjë pyetje ose po të keni nevojë për ndihmë kur po plotësoni këtë aplikim, telefononi në 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) ose TTY (pa pagesë) për njerëzit me probleme dëgjimi, në 1-877-610-0241.

B. Të dhëna familjare

Në këtë pjesë te formularit t'ju përgjigjeni pyetjeve për të gjithë ata që jetojnë në shtëpinë tuaj (ju, bashkëshorti/ja juaj dhe të gjithë ata familjarë që varen prej jush për të paktën gjysmën e mbështetjes financiare që u nevojitet). Numri i familjarëve që jetojnë me ju mund të ndikojë në përfitimet që do të merrni.

1. **A keni bashkëshort/e që jeton me ju në këtë moment?** ☐ **Po** ☐ **Jo**

2. **Sa familjarë të tjerë që jetojnë me ju (përveç bashkëshortit/es suaj) varen financiarisht prej jush ose bashkëshortit/es për të paktën gjysmën e mbështetjes financiare që u duhet?** Ndër familjarët mund të bëjë pjesë gjithkush që ka me ju lidhje gjaku, martesore ose birësimi. MOS PËRFSHINI NË KËTË NUMËR VETEN TUAJ DHE BASHKËSHORTIN/EN.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ASNJË	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. **Kush po aplikon këtu?** ☐ Vetëm ju ☐ Ju dhe bashkëshorti/ja

   Shënim: Këtë Formular Aplikimi mund ta përdorni për të aplikuar vetë, ose që të aplikoni së bashku me bashkëshortin/en tuaj (nëse jetoni së bashku me të). Nëse ndonjë pjesëtar tjetër i familjes suaj (përveç jush dhe bashkëshortit/es tuaj) po aplikon për Prescription Advantage, lutemi plotësoni për të një formular të veçantë.

4. **Nëse ndonjë pjesëtar tjetër i familjes suaj (duke përfshirë këtu bashkëshortin/en tuaj dhe të gjithë ata familjarë që varen prej jush për të paktën gjysmën e mbështjetjes së tyre financiare) janë anëtarësuar në Prescription Advantage ose po aplikojnë më vete, lutemi jepni të dhënat e tyre më poshtë.**

Familjari 1

Mbiemri	Emri	INIC.

Numri ID i Prescription Advantage	Numri ID Medicare	Marrëdhënia me aplikantin

Familjari 2

Mbiemri	Emri	INIC.

Numri ID i Prescription Advantage	Numri ID Medicare	Marrëdhënia me aplikantin

Nëse ka më shumë se dy familjarë që po aplikojnë, ose që janë tashmë të anëtarësuar në Prescription Advantage, përdorni një fletë letër shtesë për të dhënë informacion në lidhje me ta.

C. Të dhëna për adresën dhe kontaktin

Pyetjet në vijim kanë të bëjnë me adresën tuaj kryesore dhe mënyrën si do t'ju kontaktojmë. Në Prescription Advantage mund të anëtarësohen vetëm banorë të përhershëm në Massachusetts. Ju duhet të banoni diku për të paktën gjashtë (6) muaj gjatë vitit kalendarik, që kjo të quhet adresa juaj kryesore. Banimi i përkohshëm ose stinor në Massachusetts nuk mjafton për ta konsideruar adresën tuaj këtu si kryesore.

Të dhëna të rëndësishme:

- Telefoni celular nuk konsiderohet mjet i sigurt për të transmetuar të dhëna personale për ju. Për të mirën tuaj, lutemi mos na jepni një numër telefoni celular si numër kontakti. Nëse e vetmja mënyrë për t'u lidhur me ju është nëpërmjet një telefoni celular, lutemi bisedoni me shërbimin për klientët duke i telefonuar numrit në fund të kësaj faqeje, për të marrë udhëzime të mëtejshme.
- Nuk mund të jepni një numër kutie postare (P.O. Box) si adresë kryesore banimi.

1. Adresa Kryesore e Banimit (jo numra kutish postare)

_____ _____

Emri i rrugës dhe numri i shtëpisë Numri i njësisë/Numri i Apt. (nëse ka)

_____ (_____)_____

Qyteti Shteti Kodi postar Numri i telefonit

2. Adresa postare (nëse ndryshon nga adresa juaj kryesore e banimit)

_____ _____

Emri i rrugës dhe no. i shtëpisë ose no. i kutisë postare Numri i njësisë/Numri i Apt. (nëse ka)

_____ (_____)_____

Qyteti Shteti Kodi postar No. i telefonit (nëse ndryshon nga më sipër)

3. Adresa postare e përkohshme

Nëse keni një adresë tjetër ku dëshironi t'ju dërgohet postë herë pas here (p.sh., nëse largoheni nga shteti gjatë dimrit), lutemi shkruajeni atë adresë më poshtë. Gjithashtu, jepni edhe një numër telefoni që i bashkëlidhet asaj adrese, si dhe jepni një periudhë të përafërt kohe kur mendoni se do të gjendeni në atë adresë.

_____ _____

Emri i rrugës dhe numri i shtëpisë Numri i njësisë/Numri i Apt. (nëse ka)

_____ (_____)_____

Qyteti Shteti Kodi postar Numri i telefonit

Periudha kohore e përafërt kur do të banoni në këtë adresë:

nga _ _ / _ _ / _ _ _ _ deri _ _ / _ _ / _ _ _ _

Shënim: Gjatë kësaj periudhe, postën për ju do ta dërgojmë në këtë adresë. Nëse ndryshojnë rrethanat dhe posta nuk duhet dërguar në këtë adresë gjatë kësaj periudhe, lutemi lidhuni me shërbimin e klientëve.

D. Mbulim tjetër për barnat me recetë

Lutemi tregoni më poshtë çfarë tjetër sigurimi shëndetësor (nëse ekziston) keni ju dhe/ose bashkëshorti/ja juaj, që mbulon barnat me recetë.

- ***Është përgjegjësia juaj të krahasoni mbulimin tuaj ekzistues për barnat me recetë, me mbulimin që ju ofron Prescription Advantage, për të vendosur se cili prej tyre (veç e veç ose së bashku) është më i përshtatshëm për ju.***
- ***Nëse keni të drejtë të përfitoni Medicare, duhet të regjistroheni në një Plan Medicare për barna me recetë, ose të keni mbulim të mjaftueshëm (mbulim që është po aq i mirë sa edhe mbulimi për barna që ofron Medicare), përndryshe nuk do të mund të merrni përfitime nga Prescription Advantage.***

	APLIKANTI	BASHKESHORTI/JA
1. A jeni regjistruar në një plan Medicare për barna me recetë, ose në një plan që ofron mbulim të mjaftueshëm?	☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di *Nëse Po, lutemi na thoni emrin e Planit Medicare për barna me recetë ose planit që ju ofron mbulim të mjaftueshëm:* _____	☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di *Nëse Po, lutemi na thoni emrin e Planit Medicare për barna me recetë ose planit që ju ofron mbulim të mjaftueshëm:* _____
2. Keni ndonjë mbulim tjetër mjekësor që përfshin mbulimin e barnave me recetë (pervec barnave te mbuluara në Planin Medicare)?	☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di *Nëse Po, lutemi na thoni emrin e planit ku bëni pjesë:* _____	☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di *Nëse Po, lutemi na thoni emrin e planit ku bëni pjesë:* _____
3. Keni paraqitur ndonjë aplikim në Sigurimet Shëndetësore për Ndihmë Shtesë me koston e barnave me recetë në planin Medicare?	☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di *Nëse Po, a u miratuat për ndihmë shtesë?* ☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di	☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di *Nëse Po, a u miratuat për ndihmë shtesë?* ☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di
4. A përfitoni mbulim shëndetësor nëpërmjet Medicaid (MassHealth ose CommonHealth)?	☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di	☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk di

Sigurohuni që i keni bashkëngjitur aplikimit tuaj dokumentet e mëposhtme, sipas rastit:

1. **Kopje të të dy anëve të kartës suaj të sigurimit për çfarëdo mbulimi për barna me recetë që keni;**
2. **Një kopje të letrës vendimore që keni marrë nga Sigurimet Shoqërore për Ndihmën Shtesë (nëse ende nuk keni marrë ndonjë letër vendimore, lutemi bashkëngjitni një kopje të raport-dorëzimit nga Sigurimet Shoqërore për aplikimin tuaj për Ndihmë Shtesë);**
3. **Një kopje të një letre nga administratori i planit tuaj të mbulimit për barna me recetë, që tregon se keni mbulim të mjaftueshëm.**

E. Ndihma Shtesë (Extra Help) nga Medicare

Nëse merrni Medicare dhe njëkohësisht keni të ardhura dhe burime të kufizuara, ju mund të përfitoni mbështetje financiare për të ardhura të ulëta, ose "Ndihmë Shtesë" nga Medicare. Kjo Ndihmë Shtesë do t'jua ulë kuotat e deduktueshme dhe bashkëpagesat dhe do t'ju ndihmojë të paguani kuotat mujore të Part D. Prescription Advantage ju kërkon aplikantëve që mund të përfitojnë Ndihmë Shtesë që të aplikojnë për këtë përfitim. Pasi të kemi shqyrtuar aplikimin tuaj, do t'ju njoftojmë nëse keni të drejtë të përfitoni Ndihmë Shtesë. Nëse përfitoni, do t'ju ndihmojmë me aplikimin.

Për të na ndihmuar të përcaktojmë nëse përfitoni apo jo Ndihmë Shtesë, lutemi përgjigjjuni pyetjes së mëposhtme. Përgjigjja juaj nuk jua cenon të drejtën për të përfituar nga Prescription Advantage.

1. Nëse ju jeni beqar/e, i/e ve, ose bashkëshorti/ja juaj nuk jeton me ju, a keni kursime, investime dhe prona të patundshme (përveç shtëpisë suaj) që vlejnë më shumë se kufiri i burimeve për Ndihmë Shtesë? (Kufijtë e tanishëm do t'i gjeni në Udhëzuesin e bashkëngjitur për Programet e Tarifave të Prescription Advantage.)

OSE

2. Nëse ju jeni i martuar dhe jetoni me bashkëshorten tuaj, a keni kursime, investime dhe prona të patundshme (përveç shtëpisë suaj) që gjithsej vlejnë më shumë se kufiri i burimeve për Ndihmë Shtesë? (Kufijtë e tanishëm do t'i gjeni në Udhëzuesin e bashkëngjitur për Programet e Tarifave të Prescription Advantage.)

   Lutemi përfshini këtu pronat tuaja dhe pronat që keni në bashkëpronësi me bashkëshortin/en tuaj ose dikë tjetër. **Mos përfshini shtëpinë tuaj, parcelat në varreza, ose zotërimet personale.**

   ☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk jam i sigurt

Nëse keni aplikuar tashmë për Ndihmë Shtesë, përfshini edhe një kopje të letrës që keni marrë nga Sigurimet Shoqërore. Nëse nuk keni marrë ndonjë letër vendimore, lutemi bashkëngjitni një kopje të raport-dorëzimit nga Sigurimet Shoqërore për aplikimin tuaj për Ndihmë Shtesë.

F. Të dhëna për aplikantin dhe bashkëshortin/en – nën 65 vjeç

Nëse jeni më i ri se 65 vjeç, duhet të plotësoni të dhënat në këtë faqe, në lidhje me statusin tuaj të invaliditetit. Pyetjet në këtë seksion u drejtohen aplikantëve nën moshën 65 vjeç. Nëse jeni nën 65 vjeç, mund të anëtarësoheni në Prescription Advantage vetëm në qoftë se keni një invaliditet të cilësuar, nuk punoni më shumë se 40 orë në muaj, dhe përmbushni disa kushte në të ardhurat. **Nëse jeni 65 vjeç ose më i moshuar, kaloni në faqen tjetër.**

	APLIKANTI	BASHKËSHORTI/JA
1. Jeni në marrëdhënie pune aktualisht?	☐ Po ☐ Jo Nëse punoni, sa orë <u>në muaj</u> punoni?	☐ Po ☐ Jo Nëse punoni, sa orë <u>në muaj</u> punoni?
2. Keni ndonjë invaliditet? (Shënim: nëse jeni më i ri se 65 vjeç dhe nuk keni ndonjë invaliditet të cilësuar, nuk keni të drejtë të përfitoni nga Prescription Advantage.)	☐ Po ☐ Jo Lutemi bashkëngjitni **kopje të njërit** prej dokumenteve të mëposhtme (Shenjoni kutizën që i përgjigjet dokumentit që po bashkëngjitni.): ☐ Kopje të letrës miratuese nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore për përfitime SSDI ose SSI; ☐ Kopje të kartës suaj Medicare; ☐ Kopje të certifikatës së verbërisë nga Komisioni për të Verbër i Massachusetts-it; ☐ Kopje të njohjes së invaliditetit nga MassHealth ose CommonHealth (Medicaid); ☐ Verifikim me shkrim të përfitimeve SSDI ose SSI, të nënshkruar nga një Përfaqësues i autorizuar i reklamimeve të Sigurimeve Shoqërore, në fletë letre zyrtare të Sigurimeve Shoqërore.	☐ Po ☐ Jo Lutemi bashkëngjitni **kopje të njërit** prej dokumenteve të mëposhtme (Shenjoni kutizën që i përgjigjet dokumentit që po bashkëngjitni.): ☐ Kopje të letrës miratuese nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore për përfitime SSDI ose SSI; ☐ Kopje të kartës suaj Medicare; ☐ Kopje të certifikatës së verbërisë nga Komisioni për të Verbër i Massachusetts-it; ☐ Kopje të njohjes së invaliditetit nga MassHealth ose CommonHealth (Medicaid); ☐ Verifikim me shkrim të përfitimeve SSDI ose SSI, të nënshkruar nga një Përfaqësues i autorizuar i reklamimeve të Sigurimeve Shoqërore, në fletë letre zyrtare të Sigurimeve Shoqërore.

Nëse iu përgjigjët PO Pyetjes 2 më sipër dhe jeni nën 65 vjeç, mos harroni t'i bashkëngjitni dokumentimin e duhur aplikimit tuaj.

G. Të ardhurat

Në këtë seksion do t'u përgjigjeni disa pyetjeve për të ardhurat që keni. Lutemi jepni informacion të plotë për **<u>të ardhurat mujore bruto</u>** (sasinë e përgjithshme të parave, të fituara ose të pafituara, nga çfarëdo burimi) për ju dhe bashkëshortin/en tuaj, nëse jeton me ju.

Shënim: Kjo tabelë do t'ju ndihmojë të përllogaritni të ardhurat. Prescription Advantage do të përdorë dokumentacionin që ju paraqitni së bashku me aplikimin për të përcaktuar kategorinë tuaj të anëtarësimit.

Lloji i të ardhurave	Të ardhurat tuaja mujore bruto	Të ardhurat mujore bruto të bashkë-shortit/es suaj	**Të ardhurat tuaja mujore bruto të kombinuara**
Sigurimet Shoqërore (para deduktimeve të Part B dhe Part D)	$	$	$
Pensionet	$	$	$
Dividende/Interes bankar	$	$	$
Punësim	$	$	$
Pension hekurudhor	$	$	$
Të ardhura nga qeraja	$	$	$
Fitime nga kapitali	$	$	$
Pension ushqimor	$	$	$
Ndihmë papunësie	$	$	$
Të ardhura nga një Llogari Pensioni Individuale (IRA)	$	$	$
Të ardhura nga një Plan Pensioni 401K ose 403B	$	$	$
Të tjera: _____	$	$	$
Të ardhura gjithsej	$	$	$

<u>Të dhënat për të ardhurat duhet t'i dokumentoni.</u>
<u>Në f. 9 do të gjeni një listë dokumentesh të pranueshme.</u>

H. Dokumentimi i të ardhurave

Shënime të rëndësishme për përllogaritjen e të ardhurave

- Duhet të paraqitni dokumentim për çdo të ardhur që keni (për të verifikuar të dhënat që keni ofruar në faqen 7). Në faqen në vazhdim do të gjeni një listë të dokumenteve të pranueshme. Nëse merrni të ardhura të tilla që nuk përmenden në listë, këshillohuni me shërbimin e klientëve për të mësuar për documentacionin e duhur.
- Dërgoni kopje, jo dokumente origjinale. Origjinalet nuk do t'ju kthehen.
- Të ardhurat përllogariten në bazë të të ardhurave vjetore **bruto** të familjes suaj. Kjo është sasia e të ardhurave **para** zbritjeve që mund të bëni, për shkak të shpenzimeve shëndetësore ose për arsye të tjera.
- Të ardhurat përllogariten në bazë të të ardhurave gjithsej, siç janë raportuar në dokumentet e deklarimit të taksave federale dhe duke shtuar çdo të ardhur nga Sigurimet Shoqërore, të raportuar në formularin/ët SSA-1099 për aplikantin dhe bashkëshortin/en. Për aplikantë të cilëve nuk u kërkohet të deklarojnë taksa federale, të ardhurat përllogariten në bazë dokumentesh alternative. Në faqen 9 të këtij formulari aplikimi do të gjeni një listë të këtyre dokumenteve.
- Të ardhurat që merren parasysh përfshijnë sasinë gjithsej të parave, të fituara ose të pafituara, nga çfarëdolloj burimi, duke përfshirë rrogat*, pagat, qeratë, pensionet, dividendet dhe interesin bankar, por pa u kufizuar vetëm me to.

  * Nëse keni dokumente që provojnë se keni marrë rroga më parë, por tani nuk po punoni më, lutemi bashkëngjitni një letër zyrtare nga punëdhënësi juaj i dikurshëm, e cila të tregojë datën kur i ndërpretë marrëdhëniet e punësimit. Po të keni një dokument të tillë, rrogat mund të përjashtohen nga përllogaritja e të ardhurave tuaja. Gjithashtu, duhet të paraqitni kopje të formularëve W-2, në qoftë se i keni paguar taksat së bashku me bashkëshortin/en.

1. A keni deklaruar ju ose bashkëshorti/ja juaj taksa federale gjatë 2 vjetëve të fundit?

☐ Po ☐ Jo

Nëse Po, duhet të bashkëlidhni kopje të formularit të taksave federale të deklaruara më së fundi. Në faqen 9 do të gjeni një listë të dokumenteve të pranueshme. (Shënim: Taxat e shtetit nuk janë të pranueshme.)

Nëse Jo, bashkëlidhni dokumente të barasvlershme, për çdo lloj të ardhurash që keni, siç përmenden në listën e faqes 9.

Të dhënat për të ardhurat duhet t'i dokumentoni.
Në faqen 9 do të gjeni një listë dokumentesh të pranueshme.

Dokumente të pranueshme për të ardhurat

Përdoreni këtë tabelë për të përcaktuar se çfarë dokumentesh duhet të paraqitni së bashku me aplikimin tuaj. Duhet të përfshini dokumentim të të ardhurave tuaja nga Sigurimet Shoqërore dhe kopje të formularit të taksave federale të deklaruara më së fundi (nëse i keni deklaruar taksat gjatë 2 vjetëve të fundit). Nëse nuk keni deklaruar gjë gjatë 2 vjetëve të fundit duhet të paraqitni dokumente sipas listës më poshtë, për çdo lloj të ardhure që keni.

Të ardhura nga Sigurimet Shoqërore
- Bilanci i përfitimeve vjetore (formulari SSA-1099); ose
- Letër miratimi vjetore nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore; ose
- Letër verifikimi të përfitimeve nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore, që përmban një pasqyrë të hollësishme të të ardhurave që keni pasur gjatë 12 muajve të fundit.

Mund të kërkoni letër verifikimi të përfitimeve duke u telefonuar Sigurimeve Shoqërore në 1-800-772-1213, të hënë-të premte nga 7 e mëngjesit deri në 7 të mbrëmjes, ose duke u lidhur drejtpërdrejt me Zyrën tuaj lokale të Administratës së Sigurimeve Shoqërore.

Të ardhura nga pensioni
- Bilanci i përfitimeve vjetore (formulari 1099); ose
- Letër nga banka juaj që tregon sasinë vjetore të depozitave të drejtpërdrejta dhe burimin e tyre; ose
- Dy çeqe pensioni të kohëve të fundit, që mund të anualizohen; ose
- Letër nga Shoqata e Veteranëve (VA) që tregon sasinë e të ardhurave vjetore që merrni.

Dividende/Interes bankar
- Formulari/ët 1099; ose
- Ekstrakti **vjetor më i fundit** i llogarisë suaj bankare; ose
- Letër zyrtare nga banka që tregon sasinë e interesit që keni fituar vitin e mëparshëm; ose
- Ekstrakti vjetor i dividendit/interesit.

Të ardhura nga punësimi
- Formulari/ët W-2 ose 1099; ose
- Dy tallona çeqesh të pagës; ose
- Deklaratë zyrtare nga punëdhënësi juaj, që tregon rrogat tuaja vjetore.

Pensioni hekurudhor
- Bilanci i përfitimeve vjetore (formulari 1099).

Të ardhura nga qeraja
- Marrëveshja e dhënies me qera që mund të përdoret për të përcaktuar të ardhurat vjetore bruto; ose
- Një çek qeraje që mund të përdoret për të përcaktuar të ardhurat vjetore bruto.

Të ardhura nga kapitali
- Formulari/ët 1099; ose
- Ekstrakt bankar që tregon sasinë gjithsej të fitimeve nga kapitali.

Pensioni ushqimor
- Dekret divorci që tregon sasinë e pensionit ushqimor të urdhëruar nga gjykata; ose
- Letër nga ish-bashkëshorti/ja juaj që tregon sasinë e pensionit ushqimor që merrni.

Ndihma në rast papunësie
- Bilanc i përfitimeve vjetore të papunësisë (formulari 1099).

Të ardhura nga llogaritë e pensionit (IRA, 401K, 403B)
- Formulari/ët 1099; ose
- Letër nga administratori i llogarisë suaj ku të specifikohet sasia e parave që keni marrë vitin që shkoi nga secila llogari.

Formularët e Taksave Federale të Deklaruara
- Formulari/ët 1040, 1040A, 1040EZ; ose
- Provë e deklarimit Telefile të taksave (duhet paraqitur edhe një numër konfirmimi)
- Provë e deklarimit E-File të taksave.

FIRMAT

Lutemi lexoni pohimet e mëposhtme, pastaj nënshkruani dhe shtoni datën në fund të faqes. Meqë ne kemi nevojë për verifikim të të ardhurave familjare, edhe bashkëshorti/ja juaj duhet të nënshkruajë në qoftë se jeton me ju, edhe sikur të mos aplikojë në këtë moment.

E kam të qartë se Prescription Advantage do t'i shkëmbejë me të tjera palë të dhënat e mia personale, për të bashkërenduar përfitimet e mia me programe të tjera shtetërore dhe federale.

Autorizoj lëshimin e të dhënave të mia personale Administratës së Sigurimeve Shoqërore (SSA) dhe Zyrës së Medicaid për qëllim përcaktimi të përfitueshmërisë. E kam të qartë se SSA do t'i shqyrtojë deklaratat e mia dhe t'i krahasojë të dhënat atje me të dhëna nga agjenci federale, shtetërore dhe të administratës lokale, duke përfshirë edhe Shërbimin e të Ardhurave të Brendshme (Internal Revenue Service, ose IRA), për t'u siguruar se informacioni është i saktë.

Autorizoj SSA që të marrë dhe të transmetojë të dhëna në lidhje me të ardhurat, burimet financiare dhe pronat e mia, të këtushme dhe jashtë shtetit, në pajtim me ligjet përkatëse të privatësisë. Këto të dhëna mund të kenë të bëjnë me rrogat e mia, paratë në llogaritë bankare, investimet, policat e sigurimeve, përfitimet qeveritare dhe pensionet, por nuk kufizohen vetëm me këto.

Prescription Advantage do të ruajë fshehtësinë e të dhënave të mia personale në atë masë që ajo mbrohet me ligjet dhe rregulloret përkatëse.

Vërtetoj se dëshiroj të regjistrohem në Prescription Advantage dhe e kam të qartë se do të anëtarësohem në këtë Plan vetëm kur të miratohet ky Aplikim.

Vërtetoj se, po të miratohem për anëtarësim, do të njoftoj Prescription Advantage, brenda 15 ditëve pune dhe me shkrim, për çdo ndryshim në të dhënat që kam ofruar në këtë formular aplikimi dhe në dokumentacionin shoqërues, të tillë që mund të ndikojë në të drejtën time për të përfituar nga programi. Nëse nuk veproj kështu, mund të më përjashtojnë nga programi. E kam të qartë se kushdo që, me vetëdije, jep një deklaratë të gënjeshtërt ose shtrembëruese në lidhje me një fakt material në këtë aplikim, ose që bëhet shkak që dikush tjetër të veprojë kështu, kryen krim dhe mund të përndiqet ligjërisht.

Pranoj të ndjek të gjitha normativat, procedurat dhe rregulloret e Prescription Advantage.

Gjithashtu vërtetoj, duke u betuar para ligjit, se i kam shqyrtuar të gjitha të dhënat në këtë formular dhe në dokumentacionin shoqërues, dhe se i kam gjetur të vërteta, të plota dhe të sakta, me aq sa jam në dijeni dhe kam mundur të përcaktoj unë vetë.

Nëse ju përfaqësoni dikë që nuk është në gjendje ta plotësojë këtë formular, për shkak të ndonjë çrregullimi fizik ose mendor, duke e nënshkruar këtë formular ju deklaroni se të dhënat e ofruara aty dhe të dhëna të tjera shoqëruese ose plotësuese, janë të vërteta, të plota dhe të sakta, me aq sa jeni në dijeni dhe keni mundur të përcaktoni ju vetë.

X _____ **Data:** _____

Nënshkrimi i aplikantit (ose i përfaqësuesit, nëse aplikanti nuk e plotëson dot vetë formularin)

X _____ **Data:** _____

Nënshkrimi i bashkëshortit/es të aplikantit (ose i përfaqësuesit, nëse aplikanti nuk e plotëson dot vetë formularin)

Bashkëshorti/ja e aplikantit **duhet** të nënshkruajë në qoftë se jeton me aplikantin, edhe sikur të mos aplikojë në këtë moment.

SHTOJCA A

PËRFAQËSUESI I AUTORIZUAR

Ky formular ju lejon të emëroni dikë tjetër që të marrë vendime për familjen tuaj në lidhje me programin Prescription Advantage, si dhe të njihet me Informacionin tuaj të Fshehtë Shëndetësor. Në Informacionin e Fshehtë Shëndetësor përfshihen të gjitha të dhënat në lidhje me anëtarësimin, përfitueshmërinë, faturat dhe reklamimet për barna me recetë.

Nëse dëshironi t' i jepni kujt autorizimin për të vepruar në emrin tuaj, lutemi lexoni materialin në vijim, plotësoni të dhënat e nevojshme dhe nënshkruani atje ku ju kërkohet. Nëse edhe ju edhe bashkëshorti/ja juaj po aplikoni dhe ju dëshironi që dikush tjetër të veprojë në emrin tuaj, të dy duhet të bini dakord që të keni një Përfaqësues të Autorizuar për familjen tuaj. Të dy bashkë duhet të bini dakort e të emëroni të njëjtin Përfaqësues të Autorizuar, dhe të dy duhet ta nënshkruani këtë formular.

Përfaqësuesi i Autorizuar ka autoritetin të marrë vendime në emrin tuaj (dhe të bashkëshortit/es suaj) për anëtarësimin në Plan dhe pjesëmarrjen. Për shembull, një Përfaqësues i Autorizuar mund të paraqitë, në emrin tuaj, një kërkesë për ta ndërprerë anëtarësimin në Prescription Advantage.

Prescription Advantage do t' ia dërgojë letrat e miratimit, kartat identifikuese, njoftimet për anëtarët, faturat dhe korrespondencën tjetër të Planit Përfaqësuesit të Autorizuar, jo juve.

Duke plotësuar këtë formular, ju autorizoni Prescription Advantage të lejojë Përfaqësuesin e Autorizuar të emëruar prej jush që të njihet me të gjitha të dhënat tuaja personale dhe komunikimet me gojë dhe me shkrim.

Nuk jeni i detyruar të emëroni Përfaqësues të Autorizuar. Nëse nuk dëshironi të keni Përfaqësues të Autorizuar, mos e plotësoni këtë shtojcë.

Nëse dëshironi të emëroni Përfaqësues të Autorizuar, lutemi plotësojeni formularin dhe nënshkruajeni në faqen e pasme, pastaj na e dërgoni së bashku me aplikimin tuaj.

Po të keni pyetje në lidhje me Përfaqësuesit e Autorizuar, ose për mënyrën si duhet plotësuar formulari, lutemi merrni në telefon Shërbimin e Klientëve të Prescription Advantage në 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) ose TTY (pa pagesë) për njerëz me probleme dëgjimi në 1-877-910-0241.

SHTOJCA A

Autorizim

Unë (Ne) emërojmë personin e mëposhtëm si Përfaqësues të Autorizuar dhe autorizojmë Prescription Advantage t'ia njoftojë Informacionin tim (tonë) të Fshehtë Shëndetësor:

Emri i aplikantit/anëtarit:	Emri i bashkëshortit/es	Numri i telefonit	
Emri i Përfaqësuesit të Autorizuar (me shkronja shtypi):		Numri i telefonit	
Adresa e Përfaqësuesit të Autorizuar:	Qyteti	Shteti	Kodi postar

Nëse keni emëruar Përfaqësues të Autorizuar dikë që ka autoritet ligjor për të marrë vendime në emrin tuaj (si p.sh. një kujdestar ligjor ose një prokurator tuajin), lutemi bashkëngjitni dokumente që e vërtetojnë këtë.

Duke nënshkruar këtë formular për emërimin e Përfaqësuesit të Autorizuar, unë tregoj se:

- E kuptoj se ky autorizim mbulon Informacionin tim të Fshehtë Shëndetësor, duke përfshirë të gjitha të dhënat për anëtarësimin, përfitueshmërinë, faturimin dhe reklamimet për barnat me recetë.
- Prescription Advantage do t'ia dërgojë materialet me postë Përfaqësuesit të Autorizuar, jo mua. Këto materiale përfshijnë letrat e miratimit, kartat identifikuese, njoftimet për anëtarët, faturat dhe korrespondencën tjetër të Prescription Advantage.
- E kam të qartë se Përfaqësuesi i Autorizuar do të mbetet i tillë sa kohë që unë jam anëtar i Prescription Advantage, nëse unë nuk e kam anuluar ose ndryshuar emërimin. Këtë mund ta bëj në çdo moment, duke dërguar letër në : Prescription Advantage, PO Box 15153, Worcester, MA 01615-0153.
- E kam të qartë se, edhe sikur ta anuloj ose ta ndryshoj këtë emërim, Prescription Advantage nuk mund t'i marrë mbrapsht të dhënat që ka njoftuar më parë.
- E kam të qartë se, pasi Prescription Advantage t'ia njoftojë të dhënat e mia Përfaqësuesit tim të Autorizuar, këto nuk janë më të mbrojtura me ligje të privatësisë dhe mund të përcillen më tej nga personi që është në zotërim të tyre.
- E kam të qartë se vendimet e mia për të emëruar, ndërruar ose hequr Përfaqësuesin e Autorizuar nuk do të ndikojnë në përfitueshmërinë time nga Prescription Advantage.

X _____ **Data:** _____
Nënshkrimi i aplikantit (ose i Përfaqësuesit të Autorizuar, nëse aplikanti nuk e plotëson dot vetë formularin)

X _____ **Data:** _____
Nënshkrimi i bashkëshortit/es (ose i Përfaqësuesit të Autorizuar, nëse aplikanti nuk e plotëson dot vetë formularin)

X _____ **Data:** _____
Nënshkrimi i Përfaqësuesit të Autorizuar

Prescription Advantage

LISTA E KONTROLLIT

Lutemi plotësojeni listën e mëposhtme, për t'u siguruar se po na jepni të gjitha të dhënat që kemi nevojë për të përpunuar Aplikimin tuaj. Shenjoni çdo kutizë gjatë kohës që lexoni tekstin e mëposhtëm dhe konfirmoni që keni bërë çka kërkohej prej jush.

A u kujtuat të:

☐ Përfshini dokumentet e mëposhtme?

- ⇒ Documentacion në lidhje me ndonje përjashtim(e) të vecantë që ju mund te perbushni (Shikoni fagen ii dhe Formularin e Perjashtimit Cilësues.);
- ⇒ Prova të ardhurash për të gjithë pjesëtarët e familjes suaj;
- ⇒ Prova të invaliditetit, nëse jeni më pak se 65 vjeç;
- ⇒ Kopje të kartës suaj identifikuese për çdo lloj mbulimi për barna me recetë që mund të keni, duke përfshirë edhe Medicare Part D (Shihni faqen 4.);
- ⇒ Kopje të çfarëdo letre që mund të keni marrë nga Sigurimet Shoqërore pas aplikimit tuaj për Ndihmën Shtesë (Shihni faqen 4.);
- ⇒ Kopje të një letre nga administratori i planit tuaj të mbulimit për barna me recetë, që tregon se keni mbulim të mjaftueshëm (Shihni faqen 4.);
- ⇒ Kopje të kartës suaj Medicare (po të keni Medicare);

☐ Nënshkruani dhe datoni Formularin e Aplikimit?

☐ Jepni të dhëna për bashkëshortin/en tuaj, duke përfshirë edhe firmën e tij/saj, nëse ai/ajo jeton me ju, edhe sikur të mos aplikojë në këtë moment?

☐ Bëni një kopje të Formularit të Aplikimit dhe të dokumentave bashkëngjitur për arkivat tuaja?

☐ Plotësoni, nënshkruani dhe përfshini Formularin e Përfaqësuesit të Autorizuar (Shtojca A) nëse dëshironi të emëroni një Përfaqësues të Autorizuar?

☐ Vini në zarf pulla të mjaftueshme?

☐ Dërgoni kopje të dokumentave tuaja? (Origjinalet nuk do t'ju kthehen.)

Po të keni pyetje në lidhje me regjistrimin në Prescription Advantage ose po të keni nevojë për ndihmë në plotësimin e këtij Formulari Aplikimi, lutemi telefonojini Shërbimit të Klientëve në:
1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636); ose
TTY: 1-877-610-0241 (pa pagesë) për njerëzit me probleme dëgjimi.

Dërgojeni Formularin e plotësuar të Aplikimit, së bashku me të gjithë dokumentacionin e duhur, në adresën:

Prescription Advantage
P.O. Box 15153
Worcester, MA 01615-0153

Ose faksojeni në 508-793-1133

Po të mos i vini zarfit aq pulla sa duhet, aplikimi mund t'ju humbë ose t'ju vonohet.

Administruar nga Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Elder Affairs
(Commonwealth e Massachusetts Zyra ekzekutive për çështjet e të moshuarve)

P.O. Box 15153 ♦ Worcester, MA 01615-0153
1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) ♦ www.800ageinfo.com
TTY: 1-877-610-0241 (pa pagesë) për njerëzit me probleme dëgjimi

English	Important! Please have this notice translated immediately.
Armenian	Կարևոր է.– Խնդրվում է այս ծանուցումը անմիջապես թարգմանեք
Chinese	务请注意！请立即翻译本通知。
Cambodian	សំខាន់ណាស់! សូមរកអ្នកណាម្នាក់ ឲ្យបកប្រែខិតប័ណ្ណនេះ ជាមួយរំពេច
French	Important ! Faites traduire cette notice immédiatement.
Greek	Προσοχη! Παρακαλω μεταφραστε αυτο το μυνημα αμεσως.
Haitian	Enpòtan! Tanpri fè tradwi anons sa a imedyatman.
Italian	Importante! Far tradurre immediatamente questo avviso.
Laotian	"ສຳຄັນທີ່ສຸດ! ກະຣຸນາແປຄຳເຕືອນອັນນີ້ທັນທີທັນໃດ"
Polish	Ważne! Proszę przetłumaczyć tę uwagę natychmiast.
Portuguese	Importante! Favor mandar traduzir este folheto imediatamente.
Russian	Крайне важно! Пожалуйста, переведите это объявление немедленно.
Spanish	¡Importante! Por favor traduzca este folleto inmediatamente.
Vietnamese	Quan trọng! Xin vui lòng cho dịch tờ thông báo này ngay.