

Hizmet Alanı: Kurumsal İş Hizmetleri	YALE NEW HAVEN HEALTH SİSTEMİ TÜZÜKLERİ VE YÖNTEMLERİ
Başlık: Mali Yardım Programları Tüzüğü (Financial Assistance Programs Policy)	
Onaylandığı Tarih: 09/20/2013	Onaylayan: Yönetim Kurulu Mali İşler, Üst Düzey Başkan Yardımcısı (Boards of Trustees Senior Vice President, Finance)
Yürürlük Tarihi: 09/20/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital ve Westerly Hospital	İncelendiği / Değiştirildiği Tarih: 01/21//2015, 09/30/2016, 12/16/2016, 6/1/2017, 7/15/18, 01/01/2020
Dağıtım: MCN Tüzükler Müdürü (Policy Manager)	Tüzük Türü (I ya da II) Tür I
Yerine Geçtikleri: Yale New Haven Hospital Hastane Hizmetleri İçin Mali Yardım Programları (NC:F-4) Bridgeport Hospital Hastane Hizmetleri İçin Mali Yardım Programları (9-13) Greenwich Hospital Hastane Hizmetleri İçin Mali Yardım Programları Lawrence + Memorial Hospital ve Westerly Hospital Yardımsever Sağlık Hizmeti, Mali Yardım Programları, Ücretsiz Yatak Ödeneği Tüzüğü	

AMAÇ

Yale New Haven Health System (“YNHHS”), hastaların mali yardım almadan sağlık açısından gerekli bakım masraflarını ödeyemeyebileceğinin bilincindedir. YNNHS, amaçlarıyla tutarlı bir şekilde, acil servis ve sağlık açısından gerekli diğer bakım hizmetleri için ödenecek miktarları belirlerken ödeyebilme olanağının sağlanmasını dikkatle değerlendirmeye özen gösterir.

YNNHS, amacına ulaşmak için, acil servis ve sağlık açısından gerekli diğer hizmetleri ödeme konusunda yardımcı olmak amacıyla Mali Yardım Programlarını (Financial Assistance Programs (“FAP”)) oluşturmuştur. FAP'nin amaçları:

- (i) FAP kapsamında alınabilecek uygun tüm mali yardım kaynaklarını belirlemek;
- (ii) Yardımı almaya uygunluk, başvuru gerekleri ve mali yardım almak için başvuru yöntemi konusunda açık bilgi sunmak;
- (iii)FAP'ye uygun hastalara acil servis ve sağlık için gerekli diğer bakım hizmetleri ücretlerini hesaplama dayanağını açıklamak;
- (iv)Bu FAP'yi YNHHS'nin hizmet verdiği toplumlarda geniş olarak yaymak için YNHHS hastanelerinin atacağı adımları açıklamak. .

GEÇERLİLİK

Bu tüzük, Bridgeport Hospital, Greenwich Hospital, Lawrence + Memorial Hospital (“LMH”), Yale-New Haven Hospital ve Westerly Hospital (“WH”) (her biri bir “Hastane”) dahil, YNHHS'ye bağlı her ruhsatlı hastane için geçerlidir.

TÜZÜK

I. Kapsam ve Sağlayıcı Listesi (Scope and Provider List)

- A. Acil Servis ve Sağlık İçin Gerekli Diğer Bakım Hizmetleri. (Emergency and Other Medically Necessary Care)** FAP, hastaneye yatarak ya da yatmadan bakım hizmetleri dahil, hastanenin faturalandırdığı her türlü acil servis ve gerekli diğer sağlık hizmetleri için geçerlidir. FAP içinde şunlar yer almaz: a) Özel oda ya da özel görevli hemşireler; b) isteğe bağlı yapılan kozmetik ameliyat gibi sağlık açısından gerekli olmayan hizmetler; c) televizyon ya da telefon faturaları gibi isteğe bağlı kolaylıkların ücretleri; d) bu Tüzükte açıkça belirtilmemiş ücretlerde diğer indirimler ya da azaltmalar.
- B. Sağlayıcı Listesi. (Provider List)** Acil servis ve gerekli diğer sağlık bakım hizmetlerini bir hastanede veren sağlık sağlayıcıları listesi burada bulunur:
https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf.
Liste, sağlayıcının FAP kapsamında olup olmadığını gösterir. Sağlayıcı bu FAP kapsamında değilse, hastalar sağlık sağlayıcının muayenehanesini arayarak sağlayıcının mali yardım sunup sunmadığını ve sunuyorsa, sağlayıcının mali yardım planının neleri kapsadığını öğrenmelidir.
- C. EMTALA'ya Uygunluk:** Hastaneler, kendi tüzükleri uyarınca Acil Sağlık Tedavisi ve Etkin İş Gücü Yasası'na (EMTALA) uymak zorundadırlar ve hastanelerin ayrıca, herhangi bir bireyin acil yardım aramasını engelleyici etkinliklere girmeleri yasaktır.

II. Mali Yardım Programları ve Programa Uygunluk

Mali yardım başvurusunu tamamlayan ve aşağıda açıklanan ek uygunluk gereklerini karşılayan, Amerika Birleşik Devletleri'nde yerleşmiş kişiler ve Amerikan vatandaşları için mali yardım vardır.

- A. Ücretsiz Bakım. (Free Care)** Ücretsiz Bakım programı, yıllık brüt aile gelirleri "Ulusal Yoksulluk" (Federal Poverty) sınırının (*bkz. Ek 1*) %250'sine eşit ya da daha düşük olan Hastane hastalarına ücretsiz sağlık bakımı sunar. Hastanenin kararına göre Eyalet sağlık yardımına uygun olan hasta için, son altı ay içinde Eyalet tarafından bir saptama yapılmış olmalıdır.

Buna ek olarak YNHHS, BH, GH ve YNHH adına üçüncü kişi tarama aracı kullanarak, tutarı kendilerinin ödemeleri gereken ve gelirleri "Ulusal Yoksulluk" sınırının %250'sine eşit veya daha düşük (*bir başka deyişle*, ücretsiz sağlık bakımına uygun) olup, mali yardıma başvurmamış hastaları belirler. Bu işlemle bir hasta belirlenirse, hastanın kalan borcu yardımsever (ücretsiz) bakıma değiştirilebilir.

- B. İndirimli Bakım. (Discounted Care)** Bir hastanın yıllık aile geliri Federal Yoksulluk sınırının %251'i ile %550'si arasında ise ve hasta sigortalı değilse, Hastane, (aşağıda Kısım III'te ve buradaki Ek 1'de tanımlanan) "Genelde Ücretlendirilen Tutar"a (*AGB*) indirim uygulayacaktır
- C. Hastane Yatak Ödenekleri. (Hospital Bed Funds)** Bir hastanedeki hastalara sağlık bakımı sağlamak için hastaneye bağışlanan ,hastane yatak ödeneklerinden yararlanmaya uygun olabilirsiniz Hastane yatak ödeneklerinden yararlanmak için belirli bir gelir sınırı yoktur. Uygunluk, ödenekten yararlanmaya uygun adayları belirleyen yetkili tarafından duruma göre, mali sıkıntılara bakarak belirlenir. Mali yardım başvurusunu dolduran tüm hastalar, hastane yatak ödenekleri için otomatik olarak değerlendirilecektir.
- D. Hastaneye Özel Diğer Mali Yardım programları:**

Financial Assistance Programs Policy

- i) Yale New Haven Hospital “Ben ve Bebeğim” Programı. (Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program)** Bu program, Yale New Haven Hospital hastalarının başvurusuna açıktır. Bu program, doğum öncesi bebek bakımı, doğum hizmetleri ve doğum sonrası bazı bakımları ücretsiz sağlar. New Haven County il sınırları içinde yaşıyorsanız, herhangi bir sağlık sigortanız yoksa ve ailenizin geliri “Ulusal Yoksulluk” (*Federal Poverty*) sınırının 2.5 katından daha az ise, bu yardım programına uygun olabilirsiniz. Daha fazla bilgi ve başvuru formu istemek için, Yale New Haven Hospital Kadın Merkezi (*Women’s Center*) temsilcilerimizle görüşünüz ya da 203-688-5470 numarayı arayınız.
- ii) Greenwich Hospital Ayakta Tedavi Kliniği (Greenwich Hospital Outpatient Clinic), Medicare, Medicaid ya da Access Health CT aracılığıyla sunulan sigortaları olan hastalara ve ailelerinin gelir düzeyi “Ulusal Yoksulluk” düzeyinin 4 katından daha az olan hastalara hizmet verir.** Klinik ayrıca, sigortaya uygun olmayan, Greenwich'te yaşayan ve ailelerinin gelir düzeyi “Ulusal Yoksulluk” düzeyinin 4 katından daha az olan kişilere indirimli sağlık hizmeti verir. Daha fazla bilgi ya da başvuru formu edinmek için, lütfen 203-863-3334 numarayı arayınız.

III. Ücretlerde Sınırlama - FAP'ye Uygun Hastalara Faturalandırılan Tutarlar

YNHHS hizmetlerinin ücretlerini %100 ödemeyen bir mali yardım alınması durumunda, bu Tüzük kapsamında mali yardım almaya uygun hastalar için belirlenen ücretler, sigortası olan hastalara bu tür sağlık bakımı için hastanenin belirlediği ücretlerden (genelde faturalanan tutar: “AGB”den) daha fazla olmayacaktır. YNHHS, AGB'yi her hastaneye göre yıllık olarak, bir önceki Mali yılda Medicare planından yararlanan hastanın maliyet paylaşma tutarlarını ve tüm özel sağlık sigortalarının her hastaneye ödediği miktarları da göz önüne alarak, "geriye bakma yöntemi" ile ve Medicare planının hizmet için saptadığı ücretleri kullanarak hesaplar. YNHHS, hastaneye göre yüzde indirimini uygulayabilir ya da YNHHS hastasının en çok tercih ettiği yüzde indirimini kullanmayı seçebilir. AGB, burada Ek I'de belirtilmiştir.

Burada kullanıldığı gibi, “genelde faturalanan tutar” (AGB) ve "geriye bakma yöntemi" terimlerinin anlamı Ulusal Gelir Tüzüğü (Internal Revenue Code) §501(r)(5) ve 1.501(r)-5 maddelerinde belirtildiği gibidir.

IV. Yardım İçin Başvurma Yöntemi

Mali yardıma uygun olabilmek için hasta, mali yardım için gerekli başvuru formunu ("Başvuru") doldurmalıdır. Başvuru formunda; i) FAP kapsamında kullanılacak programlar ve uygunluk gerekleri, ii) uygunluğun belirlenmesi için gerekli belgeler, iii) FAP yardımı için başvurulacak noktalara ilişkin bilgiler yer alır. Başvuru formunda ayrıca, i) Hastanenin her başvuruya yazılı olarak yanıt vereceği, ii) hastaların istedikleri zaman FAP kapsamında mali yardım için yeniden başvurabilecekleri ve iii) her yıl ek ücretsiz yatak ödeneklerinin açıldığı belirtilmiştir. Hastaneler, FAP kapsamında yapılan başvurulara, başvurunun bir parçası olarak FAP ya da başvurunun gerektirmediği bilgi ya da belgenin verilmediği gerekçesiyle mali yardımı reddedemez.

YNHHS Hastaneleri, geçerli hasta hesaplarında mali yardım uygunluğunu belirleme ve belgeleme için gerekli çabayı gösterir.

Hastane, herhangi bir hastanın FAP'ye uygunluğunu saptadıktan sonra;

- (i) Hastanın FAP'ye uygun olarak borçlu olduğu tutarı gösteren bir fatura ve tutarın nasıl belirlendiğini ve bireyin sağlık bakımı için AGB'ye (genelde faturalandırılan tutar) ilişkin bilgiyi nasıl edinebileceği açıklayan bilgiler sunacaktır,

Financial Assistance Programs Policy

(ii) FAP'ye uygun hasta olarak sağlık bakımı için ödemekle sorumlu olduğu belirlenen miktarın üzerinde ödemiş olduğu herhangi bir miktarı, bu miktar 5 \$'dan ya da IRS tarafından belirlenen benzeri bir miktardan az olmadıkça hastaya geri ödeyecektir,

(iii) Sıradışı tahsilat eylemlerini durdurmak için gerekli önlemleri alacaktır.

V. Ödememe - Yasal İşlem

Bir Hastane (ve borcu yönlendirdiği herhangi bir tahsilat kurumu veya diğer üçüncü kişi), hasta taburcu olduktan sonra tedavi için ilk faturanın gönderilmesinin üzerinden 120 gün geçmeden, hastanın kendi ödemesi gereken hesabın mali sorumluluğunu üstlenmiş hasta ya da diğer kişinin (Sorumlu Bireyler) FAP kapsamında mali yardıma uygunluğunu saptamak için uygun çabayı göstermeden, herhangi bir sıradışı tahsilat işlemine (extraordinary collection action: "ECA") girişmeyecektir. Herhangi bir ECA, onaylamadan önce bu FAP'ın gerektirdiği gerekli çabanın gösterildiğini doğrulayacak olan Kurumsal İş Hizmetleri Başkan Yardımcısı (Vice President of Corporate Business Services) ya da onun atadığı yetkili kişi tarafından onaylanmalıdır.

Hastane, alacak hesabı faturalama dönemini iç işletim süreçleri ve uygulamalarına göre izleyecektir. Bu tür süreçler ve uygulamaların bir parçası olarak Hastane, hastaları en azından sağlık bakımının verildiği tarihten başlayarak alacak hesabı faturalama dönemi boyunca (ya da yasanın öngördüğü süre boyunca) (hangisi daha uzun ise), FAP'ye ilişkin bilgilendirecektir:

1. Her hastaya, hastaneye kabul ve hastaneden taburcu olma işleminin bir parçası olarak, FAP kapsamında mali yardıma ilişkin basit bir dille anlatılmış bir özet bilgi ve bir başvuru formu sunulacaktır.
2. Hastanın kendi ödeyeceği tutarların tahsilatı için, posta ile ya da e-posta ile hastanın ve diğer sorumlu kişilerin bilinen en son adresine en azından üç ayrı hesap özeti gönderilecektir; ancak, sorumlu kişi ya da kişiler hesabı tamamen ödemişler ise ya da FAP kapsamında mali yardım için tamamlanmış bir başvuru sunarlarsa başka hesap özeti göndermek gerekmez. Gerekli postalamanın ilki ve sonuncusu arasından en az 60 gün geçmiş olmalıdır. Hizmetin verildiği sırada ya da adres değişikliğinden sonra doğru posta adresi vermek, sorumlu kişinin ya da kişilerin yükümlülüğüdür. Hesabın geçerli bir adresi yoksa, "Uygun Çaba" ("Reasonable Effort") gösterilmiş sayılacaktır. Hastanın kendisinin ödemesi gereken hesaplarda, tek hasta hesabı özeti, bunlarla sınırlı kalmadan şunları içerir:
 - a. Hesap kapsamında verilen hastane hizmetlerinin doğru bir özeti;
 - b. Bu hizmetlerin ücretleri;
 - c. Sorumlu kişinin ya da kişilerin ödemesi gereken tutar (ya da, bu tutar bilinmiyorsa, ilk hesap özetiyle başlayarak, bu tutarın iyi niyetle tahmini);
 - d. Dikkat çekici bir şekilde yazılmış, sorumlu kişi ya da kişileri FAP kapsamında yer alan mali yardımlarla ilgili bilgilendiren ve ilgili başkanlığın telefon numarası ve belgelerin edinilebileceği doğrudan internet adreslerini içeren bildiri.
3. Posta ya da e-posta ile gönderilen hesap özetlerinden en az birisinde, sorumlu kişi ya da kişinin fatura dönemi içinde borç tutarını ödememesi ya da FAP kapsamındaki mali yardıma başvurmaması durumunda, sıradışı tahsilat işleminin (ECA) başlatılacağını bildiren yazılı bildiri yer alacaktır. Bu hesap özeti, sorumlu kişi ya da kişilere özetle belirtilen son ödeme gününden en az 30 gün önce gönderilmelidir. Bu hesap özetine basit dilde bir özet eşlik edecektir. Hizmetin verildiği sırada ya da taşındıktan sonra doğru posta adresi vermek, sorumlu kişinin ya da kişilerin yükümlülüğüdür. Hesabın

Financial Assistance Programs Policy

geçerli bir adresi yoksa, "Uygun Çaba" gösterilmiş sayılacaktır.

4. Herhangi bir ECA başlatılmadan önce, hesap özetlerinin postalanması ya da e-posta ile gönderilmesi süresi boyunca hesap ödenmezse, sorumlu kişi ya da kişilerle bilinen son telefon numarasından telefon ile en az bir kez sözlü görüşme yapmaya çalışılacaktır. Her konuşmada, hasta ya da sorumlu kişi veya kişiler FAP kapsamında alınabilecek mali yardıma ilişkin bilgilendirilecektir.
5. Bir YNHHS hastanesi, bu tüzüğün maddelerine uygunluğa bağlı kalarak, verilen sağlık hizmetlerinin ödemesini almak için, bu tüzüğün 2. Eki'nde belirtildiği gibi "Sıradışı Tahsilat İşlemi" (ECA) başlatabilir.

VI. Tüzüğe Erişim

FAP'nin bir örneği, FAP'nin basit bir dilde özeti ve FAP'ye başvuru formu, <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx> adresinden edinilebilir.

Her Hastane, İngilizce dilinde ve Hastanenin hizmet verdiği toplumun %5'ini ya da daha fazlasını ya da 1000 kişiden daha azını (hangisi daha az ise) oluşturan kısıtlı İngilizce bilen herhangi bir topluluğun ana dilinde kağıda basılı olarak, FAP'nin kopyalarını, FAP'nin basit dilde bir özetini ve FAP başvuru formunu, istendiğinde posta ile ücretsiz olarak ya da hastanenin Acil Servis bölümünde ve tüm kayıt noktalarında, kullanıma hazır bulundurur. Dil listesi için Ek 3'e bakınız.

Sizin için uygun olabilecek programlar ve programa seçilebilirliğe ilişkin bilgi için, FAP'nin bir örneğinin, FAP'nin basit dilde bir özetinin, FAP'ye başvuru formunun ve Faturalama ve Tahsilat Tüzüğü'nün (*Billing and Collection Policy*) size postayla gönderilmesini istemek için ya da FAP'nin bir örneğinin, basit dilde özetinin ya da FAP başvurusunun İngilizceden başka bir dile çevrilmesini istemek için, ücretsiz 855- 547-4584 telefon numarası aracılığı ile Kurumsal İş Hizmetleri (*Corporate Business Services*) ile iletişim kurunuz. Ayrıca hastalar, FAP başvuru işlemlerini başlatma ile ilgili, Hasta Kayıt, Hasta Mali Hizmetler ve Sosyal Çalışma / Olgu Yönetimi (*Patient Registration, Patient Financial Services and Social Work/Case Management*) isteyebilirler.

FAP'yi geniş çapta duyurma çabaları içinde, bundan başka, genel sürümlü gazetelerde basılan duyurular, her fatura özetine yazılı bir FAP bildirisi ekleme; borç tutarını bildirmek için hastalarla yapılan sözlü görüşmelerde FAP bilgisi verme, açık davetler ve diğer bilgi verici seanslar düzenleme de yer alır.

VII. Yönetim Gözetim Kurulu

FAP, bir YNHHS Üst Düzey Başkan Yardımcısının (*Senior Vice President, YNHHS*) başkanlık ettiği bir yönetim gözetim kurulu tarafından denetlenir ve Kurumsal İş Hizmetleri (*Corporate Business Services*) birimi, hasta mali hizmetleri, hasta ilişkileri, mali işler birimi ve gerektiğinde sağlık çalışanları temsilcilerinden oluşur. Bu kurul, en az üç ayda bir toplanır.

VIII. Eyalet Yasasına Uyum

Her Hastane, Sigortasız Hastalardan Tahsilatlar ile ilgili Connecticut Genel Yönetmelikleri ve Rhode Island Sağlık Bakanlığı Kuralları ve Yönetmelikleri'nin ("RI Yönetmelikleri") Ücretli Hastane Dönüşümlerine ilişkin 11.3. Bölümünde belirtilen Rhode Island "Yardımsız Sağlık Bakımı Vermeye İlişkin Eyalet Standardı" ve RI Yönetmeliklerinin 11.4. Bölümünde belirtilen "Karşılıksız Sağlık Bakımı Hizmeti Eyalet Standardı" dahil, fakat bunlarla sınırlı kalmaksızın tüm ilgili Eyalet yasalarına uyacaktır.

KAYNAKÇA

Ulusal Gelirler Tüzüğü (Internal Revenue Code) 501(c)(3)

Financial Assistance Programs Policy

Ulusal Gelirler Tüzüğü (Internal Revenue Code) 501(r)
Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
RI Yönetmelikleri 11.3 ve 11.4. Bölümleri

İLGİLİ TÜZÜKLER

YNHHS Faturalama ve Tahsilatlar Tüzüğü (*Billing and Collections Policy*) (xx)

YNHHS EMTALA Tüzüğü: Sağlık Taraması / Durum Aciliyetini Giderme, Nöbetçi ve Aktarma (YNHHS EMTALA Policy: Medical Screening / Stabilization, On-Call and Transfer

Yale New Haven Hospital Tüzüğü _ Ücretsiz Sağlık Bakım Ödeneklerinin Dağıtılması (*Yale-New Haven Hospital Policy – Distribution of Free Care Funds*) NC:F-2

Greenwich Hastanesi Ayakta Tedavi Merkezi Tüzükleri ve İşlemleri (Greenwich Hospital Outpatient Center Policies and Procedures

Ek 1

Ulusal Yoksulluk Sınırının %250'si ve %550'si (Federal Poverty Guidelines: FPG)

Ailenin büyüklüğü:	%100	%250	%550	
1	12.760 \$	31,900 \$	70.180 \$	
2	17.240 \$	43.100 \$	94.820 \$	
3	21.720 \$	54.300 \$	119.460 \$	
4	26.200 \$	65.500 \$	144.100 \$	
5	30.680 \$	76,700 \$	168.740 \$	
6	35.160 \$	87,900 \$	193.380 \$	
Ücretsiz Bakım: Ek her bir aile bireyi için 11.200 \$ ekleyiniz.				
İndirimli Bakım: Ek her bir aile bireyi için 24.640 \$ ekleyiniz.				

Genelde Faturalandırılan Tutar (Amounts Generally Billed: AGB):

Bu Tüzük kapsamında mali yardıma uygun hastalar; aşağıda sayılanlara göre yardım alacaktır:

Tüm YNHSS Hastaneleri:

Yıllık Aile Geliri	Ücretlerin % İndirim Tutarı	Ücretlerin Hastanın Ödediği %'si
FPG'nin %250'sine eşit ya da daha düşük	%100	0
FBG'nin %250'sinden yüksek ve %550'si arasında	%69	%31*

*2020 takvim yılı için, AGB (ücretlerin %'si): BH %32.4, GH %31.9, LMH %39.9, YNH %33.3 ve WH %32.6

Değişiklik, 2020

Ek 2

SIRADIŞI TAHSİLAT İŞLEMLERİ: (EXTRAORDINARY COLLECTION ACTIONS)

Mülk İpotekleri.(Property Liens)

Kişisel mülk ipoteklerine yalnız aşağıda durumlarda izin verilir:

- a) Hastanın ücretsiz yatak ödeneklerine başvurma fırsatı oldu ve ya yanıt veremedi, ya reddedildi ya da bu tür ödeneklere uygun bulunmadı;
- b) Hasta, Hastanenin Mali Yardım Tüzüğü kapsamında borcunu ödemesine yardım edecek diğer mali yardımlara başvurmadı ya da uygun bulunmadı ya da kısmen uygun bulundu, fakat kendi sorumluluğundaki bölümü ödemedi;
- c) Hasta, bir ödeme düzenlemesi yapmaya çalışmadı ya da böyle bir düzeni kabul etmedi, ya da Hastane ve hastanın üzerinde anlaşmış olduğu ödeme düzenlemelerine uymuyor;
- d) Hesabın toplam borcu 10,000 \$ üzerinde ve ipoteğe söz konusu olan mülk en az 300,000 \$ olarak değerlendirilmiş bulunmakta;
- e) İpotek kişisel bir konutun hazine neden olmayacak.

Ek 3
Sınırlı İngilizce Yeterliğinde
Diller

Arnavutça
Arapça
Basitleştirilmiş Çince
Fransızca
Fransızca Kreol (Haiti Kreol)
Almanca
Yunanca
Hintçe
İtalyanca
Japonca
Korece
Peştoca
Acemce Dari
Acemce Farsça
Polonyaca
Portekizce
Portekizce Kreol (Verde Burnu)
Rusça
İspanyolca
Suvahili
Tagalog
Tigrinyaca
Türkçe
Vietnamca