



2024

ائتلاف دگرتوانی بریتیش کلمبیا برگه راهنما مزایای دگرتوانی بریتیش کلمبیا

2

فرم درخواست مزایای دگرتوانی (PWD)

تأمین مالی این برگه راهنما توسط انجمن علوم بهداشتی بی سی و بنیاد حقوقی بی سی فراهم شده است.

ائتلاف دگرتوانی بی سی این برگه راهنما را جهت کمک به شما برای تکمیل فرم درخواست از وزارت توسعه اجتماعی و کاهش فقر (MSDPR) جهت بهره‌مندی از مزایای دگرتوانی (PWD) آماده کرده است.

این برگه راهنما با ارائه رهنمودهایی ساده، شما را قدم به قدم برای پر کردن فرم درخواست راهنمایی می‌کند. این راهنما شامل نامه‌هایی است که باید در اختیار پزشک یا پرستار متخصص و معاینه‌گر خود (کسی که باید دگرتوانی شما را در فرم شرح دهد) قرار دهید. همچنین فهرستی در این راهنما ارائه شده که به شما کمک می‌کند کارهای روزمره‌ای را که برای انجامشان به کمک نیاز دارید مشخص کنید.

پیش از هر چیز، لطفاً این راهنما و فرم تشخیص را به دقت مطالعه کنید. اگر متوجه مطالب راهنما یا فرم تشخیص نمی‌شوید، از یک دوست، یکی از اعضای خانواده، یا یک همیار بخواهید به شما کمک کند.

شروع

اگر هم‌اکنون کمک درآمد دریافت می‌کنید، از طریق شماره تلفن ۱-۸۶۶-۸۶۶-۰۸۰۰ با MSDPR (وزارت توسعه اجتماعی و کاهش فقر) تماس بگیرید و یک فرم PWD (بهره‌مندی از مزایای دگرتوانی) درخواست کنید. اگر تا کنون کمک درآمد دریافت نکرده‌اید، برای آگاهی از چگونگی درخواست کمک درآمد، با MSDPR تماس بگیرید، یا برگه راهنمای ۱۲ ما را مطالعه کنید.

آنچه با PWD به دست خواهید آورد

- اگر فردی مجرد باشید و کسی تحت سرپرستی شما نباشد، ماهانه تا سقف ۱۴۸۳ دلار مستمری دریافت خواهید کرد.
- شما مشمول دریافت یک کارت اتوبوس ماهانه یا ۵۲ دلار کمک‌هزینه‌ی اضافی به‌عنوان «کمک‌هزینه‌ی تکمیلی حمل و نقل» خواهید بود که به مستمری ماهانه‌ی شما اضافه خواهد شد (جمعاً ۱۵۳۵ دلار در ماه).
- از شما انتظار نمی‌رود که به جستجوی کار بپردازید.

ائتلاف دگرتوانی بریتیش کلمبیا



اطلاعات این برگه راهنما بر اساس قانون رایج در زمان نگارش تدوین شده است. قانون و سیاست‌ها ممکن است تغییر کنند. لطفاً تاریخ این برگه راهنما را بررسی کنید.



- چنانچه تصمیم بگیرید مشغول به کار شوید، می‌توانید تا سقف ۱۶۲۰۰ دلار در سال را به‌عنوان درآمد نگه دارید (معافیت درآمد سالانه).
- شما مشمول دریافت طیفی از کمک‌هزینه‌های تکمیلی بهداشت و درمان خواهید بود.

برای آگاهی بیشتر پیرامون معافیت درآمد سالانه (AEE)، برگه‌ی راهنمای ۹: اشتغال، تحصیل، و آموزش برای افراد دگرتوان را ببینید.

«دگرتوانی» به چه معناست؟

برای آن‌که واجد شرایط PWD باشید:

- باید ۱۸ سال یا بیشتر سن داشته باشید.
- وضعیت دگرتوانی شما باید شدید باشد و انتظار برود حداقل دو سال طول بکشد
- دگرتوانی شما باید به‌طور مستقیم و معناداری توانمندی شما برای انجام فعالیت‌های روزمره را محدود کند (توضیحات در صفحه‌ی ۴ آمده است).

همچنین به دلیل وضعیت دگرتوانی، به کمک‌های زیر نیاز دارید:

- کمک قابل توجه از سوی شخصی دیگر، یا
- استفاده از یک وسیله کمکی (برای مثال، ویلچر)، یا
- کمک یک حیوان راهنما.

فرم درخواست ساده‌تر برای «گروه‌های معین»

اگر پیشتر برای طرح بازنشستگی کانادا - دگرتوانی (CPP-D)، طرح پی‌فارماکر (مراقبت تسکینی)، زندگی اجتماعی بی‌سی (Community Living BC)، یا برنامه‌ی در خانه (At Home) (از سوی وزارت پرورش کودک و خانواده) ثبت‌نام کرده‌اید و از مزایای آن‌ها استفاده می‌کنید، فرایند ثبت درخواست PWD می‌تواند برای شما بسیار ساده‌تر باشد. چنانچه زیر پوشش هر یک از این طرح‌ها هستید، حتماً MSDPR را در جریان قرار دهید.

اگر در هیچ‌یک از این طرح‌ها ثبت‌نام نکرده‌اید، لازم است فرم کامل درخواست PWD را پر کنید. شرح این فرایند در زیر آمده است.

درخواست تشخیص افراد دگرتوان

فرم درخواست تشخیص PWD سه بخش دارد:

بخش یک: بخشی است که شما آن را پر می‌کنید.

بخش دو: بخشی است که پزشک یا پرستار متخصص شما آن را پر می‌کند.



بخش سه: این بخش توسط یک معاینه‌گر تکمیل می‌شود. معاینه‌گر می‌تواند یکی از افراد زیر باشد:

- پزشک شما (پزشک شما می‌تواند بخش‌های دو و سه را پر کند)، یا
- یک روانشناس دارای پروانه‌ی رسمی یا یک پرستار روانپزشکی دارای پروانه‌ی رسمی، یا
- یک کاردرمانگر، یا
- یک فیزیوتراپیست، یا
- یک مددکار اجتماعی، یا
- یک کاپروپراکتور، یا
- یک پرستار متخصص (پرستاران متخصص می‌توانند بخش‌های دو و سه را تکمیل کنند).

یک پرستار متخصص (پرستاران متخصص می‌توانند بخش‌های دو و سه را تکمیل کنند).
از شما خواسته می‌شود تا بخش‌های فرم تشخیص را به‌ترتیب پر کنید. به بیان دیگر، نخست بخش یک باید تکمیل شود، سپس بخش دو، و پس از آن بخش سه.

بخش یک (شما باید این بخش را پر کنید)

اگر به بخش یک نگاه کنید (صفحه‌ی ۳ فرم درخواست)، خواهید دید که در آن گفته شده شما می‌توانید از کسی برای پر کردن این بخش کمک بگیرید. ممکن است همراهی یک دوست، یکی از اعضای خانواده، یا یک همیار برای پر کردن فرم کمک‌کننده باشد.

الف - اطلاعات شخصی

این بخش را با نوشتن نام خود، تاریخ تولد، نشانی، و غیره، در کادرهای مربوطه پر کنید. اگر تلفن ندارید، یادتان باشد در جای مربوطه بنویسید «تلفن ندارم».

ب - علت دگرتوانی شما (دگرتوانی شما)

اگر به بخش یک فرم درخواست نگاه کنید، خواهید دید که در آن نوشته شده «لازم نیست این بخش را پر کنید.» ما توصیه می‌کنیم که این بخش را تکمیل کنید، اما به یاد داشته باشید، بسته به اطلاعاتی که در آن درج می‌کنید، پر کردن این بخش می‌تواند برای درخواست شما کمک‌کننده یا زیان‌آور باشد. اگر از اطلاعاتی که باید ارائه کنید مطمئن نیستید، با یک مدافع حقوقی مشورت کنید.

از آنجا که نخست باید بخش اول را پر کنید، پزشک/پرستار متخصص، یا معاینه‌گر می‌توانند هنگام پر کردن بخش‌های مربوط به خود: بخش‌های دو و سه، از آن به‌عنوان راهنما کمک بگیرند. بنابراین، مهم است که هنگام پاسخ دادن به پرسش‌های ب.۱ و ب.۲ هرچه می‌توانید اطلاعات بیشتری پیرامون دگرتوانی خود ارائه کنید.

ایده‌ی خوبی خواهد بود اگر پیش از پاسخ دادن به پرسش‌های بخش اول، ابتدا روی یک برگه‌ی جداگانه پیش‌نویسی آماده کنید. نخست تعریف دولت از دگرتوانی را که در صفحه‌ی ۶ فرم PWD آمده است بخوانید، و سپس دیگر بخش‌های فرم را مطالعه کنید. می‌توانید از فرد دیگری، مثلاً یک همیار یا یک دوست، بخواهید پیش‌نویس ابتدایی شما را ببیند تا به شما کمک کند مطمئن شوید چیزی از اطلاعاتی که می‌خواهید در فرم درج کنید فراموش نشده باشد. زمانی که آمادگی داشتید، پاسخ‌ها را وارد فرم درخواست کنید.



ب (۱). «لطفاً دگرتوانی خود را شرح دهید.»

این موضوع اهمیت دارد که به گونه‌ای روشن تمامی موارد دگرتوانی خود را فهرست کنید و شرح دهید. برای نمونه، ممکن است مبتلا به هیپاتیت سی، افسردگی، اضطراب، و اختلالات یادگیری باشید. در اینجا نیز، هرچه اطلاعات بیشتری ارائه کنید بهتر است.

ب (۲). «دگرتوانی شما چگونه زندگی و توانایی شما برای مراقبت از خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟»

به تمام شرایطی بیندیشید که در آن دگرتوانی شما انجام آنچه باید به‌طور روزمره انجام گیرد را برایتان دشوار یا ناممکن می‌کند. وزارتخانه موارد زیر را زیرعنوان فعالیت‌های روزمره فهرست کرده است:

- انجام نظافت شخصی و مراقبت از خود (برای مثال، حمام کردن)
- تهیه‌ی غذا
- مصرف داروها
- نظافت خانه
- خرید مایحتاج شخصی
- این‌سو و آن‌سو رفتن درون و بیرون خانه
- استفاده از وسایل نقلیه‌ی عمومی یا شخصی (برای نمونه، اتوبوس)
- اداره‌ی امور مالی خود

برای افراد دگرتوان در زمینه‌ی سلامت روان، فعالیت‌های روزانه همچنین دربرگیرنده‌ی موارد زیر است:

- صمیم‌گیری درباره‌ی مراقبت از خود، فعالیت‌ها، یا امور مالی خود.
- برقراری ارتباط، مراوده، یا تعامل کارآمد با دیگران (به بیان دیگر، کنار آمدن با افراد دیگر).

پیش از پاسخ دادن به این پرسش که «دگرتوانی شما چگونه زندگی و توانایی شما برای مراقبت از خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟»، فهرست پیوست این برگه‌ی راهنما را ببینید. یک‌به‌یک موارد را بخوانید، و آنچه را که نمی‌توانید انجام دهید یا انجامش در روزهایی که حال خوشی ندارید برایتان دشوار است علامت بزنید. سپس، با استفاده از فهرست به‌عنوان راهنما، به این پرسش پاسخ دهید. اگر برای به انجام رساندن هر یک از فعالیت‌هایی که در فهرست آمده است نیاز به کمک دارید، به یاد داشته باشید که آن را در پاسخ خود بگنجانید، **حتی اگر هم اکنون در عمل کمی که بدان نیاز دارید را دریافت نمی‌کنید.**

باید همه‌ی کمک‌هایی را که هم‌اکنون از دوستان، اعضای خانواده، گروه‌های حمایتی، گروه‌های فعال در زمینه‌ی سلامت روان یا دیگر گونه‌های مشاوره دریافت می‌کنید در ذهن مرور کنید. همچنین، هرگونه ابزار کمی که بدان نیاز دارید، مانند عصا، آتل، یا دستگیره را در نظر آورید.

موضوع دیگری که باید به آن بیندیشید این است که وقتی دسترسی به کمک ندارید، چقدر زمان می‌برد تا یکی از فعالیت‌های فهرست بالا را به انجام برسانید؟ برای نمونه، ممکن است شستن ظرف‌ها دو یا سه برابر بیش از دیگران برای شما زمان ببرد. به یاد داشته باشید که نمونه‌هایی از این دست را در پاسخ به پرسش ب (۲) بگنجانید.



پ - اظهارنامه و ابلاغ

پس از تکمیل بخش اول، فراموش نکنید که نام خود را بنویسید و فرم را تاریخ بزنید.

اگر کسی به سبب دگرتوانی ذهنی قادر به امضای فرم تشخیص PWD نباشد، سرپرست یا کسی که اختیار قانونی دارد می‌تواند فرم را امضا کند.

بخش دو (این بخش را پزشک یا پرستار متخصص شما پر می‌کند)

بخش دو با دستورالعمل‌ها و اطلاعاتی برای پزشک یا پرستار متخصص شما آغاز می‌شود. آن‌ها باید قسمتی از بخش دو را که از صفحه‌ی ۹ آغاز می‌شود پر کنند. اگر برای این کار به بیش از یک نفر دسترسی دارید، از کسی که بیشترین شناخت را از شما دارد بخواهید فرم را تکمیل کند. در ادامه چند ایده‌ی کلی مطرح می‌شود که می‌تواند به پزشک یا پرستار متخصص شما برای تکمیل این بخش کمک کند.

برای صحبت درباره‌ی فرم، قرار ملاقاتی با پزشک یا پرستار متخصص خود ترتیب دهید.

پرسش‌های بسیاری در بخش دو مطرح شده است. توانایی پزشک/ پرستار متخصص شما در پاسخ‌دهی درست به این پرسش‌ها به شناخت آن‌ها از شما بستگی دارد. برای صحبت درباره‌ی فرم قرار ملاقاتی با آن‌ها ترتیب دهید، و پیش از پر کردن فرم، پرسش‌ها را یک‌به‌یک بررسی کنید. اگر به درمانگاهی می‌روید که بدون قرار قبلی بیماران را می‌پذیرند و از پیشنهادی پزشکی شما به‌خوبی آگاهی ندارند، این موضوع اهمیت ویژه دارد.

آنچه که هنگام ملاقات با پزشک یا پرستار متخصص خود باید به‌همراه داشته باشید:

- فرم تشخیص PWD که بخش یک آن را تکمیل کرده‌اید.
- ممکن است بخواهید از بخش دو کپی گرفته، کپی را تکمیل کنید و به پزشک خود نشان دهید تا صحت آن را بررسی کند (دست‌رسی به همیار DABC (ائتلاف دگرتوانی بی‌سی) به‌عنوان بخشی از فرایند همیاری خود این خدمت را ارائه می‌دهد). اگر پزشک شما با آنچه نوشته‌اید موافق باشد، ممکن است بخواهد از آن به‌عنوان راهنما استفاده کند. این کار او را ساده‌تر کرده، و به او در درک این‌که دگرتوانی شما چگونه زندگی روزمره‌ی شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد کمک می‌کند.
- «نامه به پزشکان و پرستاران متخصص» که در انتهای این راهنما آمده است.
- یک کپی از فهرست فعالیت‌های روزمره که علامت زده‌اید.

بخش سه (این بخش را از ریاب، پرستار متخصص، یا پزشک شما پر می‌کند)

بخش سه با دستورالعمل‌ها و اطلاعاتی برای معاینه‌گر شما آغاز می‌شود. فهرست معاینه‌گرانی که می‌توانند بخش سه را پر کنند را که در صفحه‌ی ۲ این راهنما یا صفحه‌ی ۸ فرم PWD آمده است ببینید. معاینه‌گر شما باید دارای پروانه‌ی رسمی باشد. برای نمونه، اگر یک مددکار اجتماعی بخش سه را برای شما پر می‌کند، باید به‌عنوان مددکار اجتماعی برای دولت استانی کار کند، یا اگر در بخش خصوصی مشغول به کار است، باید نام او تحت قانون مددکاران اجتماعی به ثبت رسیده باشد. یک کارمند وزارتخانه نمی‌تواند به‌عنوان یک معاینه‌گر عمل کند. به یاد داشته باشید، اگر معاینه‌گر ندارید، پزشک/ پرستار متخصص شما که بخش دو را پر کرده است می‌تواند بخش سه را نیز تکمیل کند.



آنچه که هنگام ملاقات با معاینه‌گر خود باید به‌همراه داشته باشید:

- فرم تشخیص PWD که بخش یک (بخش مربوط به شما) و بخش دوی آن (گزارش پزشکی) تکمیل شده است.
- می‌توانید از فرم کپی گرفته و این بار بخش سه را پر کنید. کپی تکمیل‌شده‌ی بخش سه را به معاینه‌گر خود نشان دهید.
- «نامه به معاینه‌گران» که در انتهای این راهنما آمده است.
- یک کپی از فهرست فعالیت‌های روزمره که علامت زده‌اید.

فهرست واری درخواست و ارسال فرم درخواست شما

هنگامی که فرم درخواست PWD شما تکمیل شد، به فهرست واری متقاضی در صفحه‌ی ۲۸ فرم رجوع کنید. مطمئن شوید چیزی از قلم نیفتاده است. اگر می‌خواهید شعبه‌ی مددکاری بهداشت و درمان دریافت فرم درخواست شما را تأیید کند، نام و نشانی خود را در محل مشخص شده زیر فهرست واری متقاضی بنویسید. **فراموش نکنید که از فرم درخواست تکمیل‌شده‌ی خود کپی بگیرید.**

هنگامی که مطمئن شدید همه‌چیز تکمیل شده است، فرم درخواست خود را در پاکتی که همراه فرم دریافت کرده‌اید گذاشته و پست کنید. لازم نیست برای پست فرم درخواست هزینه‌ای پردازید.

پرسش‌های پرتکرار

پاسخ پرسش‌های پرتکراری که از ما می‌پرسند در زیر آمده است:

پرسش: اگر پزشکی نداشته باشم که برای تکمیل فرم درخواست به من کمک کند چه باید بکنم؟

پاسخ: یافتن پزشک می‌تواند دشوار باشد. خوشبختانه شما هم اکنون این گزینه را دارید که از یک پرستار متخصص نیز برای پر کردن بخش دوم فرم درخواست PWD خود کمک بگیرید. خواه از یک پزشک کمک بگیرید یا یک پرستار متخصص، خوب است پیش از آن که از این فرد بخواهید فرم را تکمیل کند، چند بار او را ببینید. این‌که او از شما شناخت پیدا کند اهمیت دارد.

پرسش: آیا باید برای تکمیل فرم درخواست به پزشک، پرستار متخصص، یا معاینه‌گر خود هزینه‌ای پردازم؟

پاسخ: خیر، دولت استانی هزینه‌ی انجام این کار را به پزشکان و معاینه‌گران می‌پردازد. فعالان حوزه‌ی سلامت نباید هزینه‌ی دیگری از شما دریافت کنند. اگر مبلغی از شما درخواست کردند، به آن‌ها یادآوری کنید که وزارت بهداشت پیش‌تر هزینه‌ی انجام این کار را به آن‌ها پرداخته است.

پرسش: اگر کسی از فعالان حوزه‌ی سلامت را نشناسم که بتواند معاینه‌گر من باشد، چه باید بکنم؟

پاسخ: وزارتخانه تنها افراد معینی را به‌عنوان معاینه‌گر فرم تشخیص PWD شما می‌پذیرد. فهرستی از افراد قابل قبول در فرم درخواست آمده است. اگر به فرد دیگری از فعالان حوزه‌ی سلامت دسترسی ندارید که شما را بشناسد، از پزشک یا پرستار متخصصی که بخش دو را پر کرده است بخواهید بخش مربوط به معاینه‌گر را نیز تکمیل کند.

پرسش: اگر درخواست من برای PWD پذیرفته نشد چه؟

پاسخ: اگر درخواست شما برای PWD پذیرفته نشد، این حق را دارید که درخواست تجدید نظر کنید. برای درخواست تجدید نظر، ۲۰ روز کاری از زمان دریافت نامه‌ای که رد درخواستتان را به شما اعلام می‌کند فرصت دارید. برای دریافت فرم



درخواست تجدید نظر، با شماره‌ی (۱-۸۶۶-۸۶۶-۰۸۰۰) تماس بگیرید، به دفتر مراجعه کنید، یا با رجوع به [My Self Serve](#) خود، درخواست تجدید نظر کنید.

توصیه می‌کنیم به محض دریافت نامه‌ی اعلام رد درخواست PWD با آن‌ها تماس بگیرید. طی ۲۴ ساعت، دفتر باید بسته‌ی تجدید نظر را آماده کند که شامل فرم درخواست تجدید نظر، یک کپی از فرم درخواست شما، و هرگونه اطلاعاتی است که همراه فرم درخواست PWD ارسال کرده‌اید. فراموش نکنید که پیش از پایان مهلت ۲۰ روز کاری، هرگونه نامه‌ی مؤید استحقاق خود را به همراه فرم درخواست تجدید نظر ارسال کنید. برای آگاهی بیشتر پیرامون تجدیدنظرخواهی، لطفاً برگه‌ی راهنمای ۵ الف و ۵ ب را ببینید.

اگر مهلت ۲۰ روز کاری را از دست دادید (یا نگران این هستید که نتوانید پیش از پایان این مهلت اقدام کنید)، در پایان این مهلت یا درست پیش از آن، از MSDPR (وزارت توسعه‌ی اجتماعی و کاهش فقر) برای تمدید فرصت درخواست کنید تا بیشترین فرصت را برای جمع‌آوری مدارک مؤید استحقاق خود، نامه‌ها، و ... داشته باشید. همچنین، اگر درخواست نخستین شما موفقیت‌آمیز نبود و اطلاعات تازه‌ای در اختیار دارید که می‌توانید درباره‌ی دگرتوانی خود اضافه کنید، این حق را دارید که با دریافت یک فرم درخواست PWD دیگر، دوباره درخواست خود را ثبت کنید. اگر در ارتباط با تجدیدنظرخواهی نیاز به کمک دارید، باید با گروه همیاری محل زندگی خود تماس بگیرید.

پرسش: آیا کودکان واجد شرایط PWD هستند؟

پاسخ: خیر، برای بهره‌مندی از مزایای PWD باید دست‌کم ۱۸ ساله باشید. شما می‌توانید فرایند درخواست PWD را از ۶ ماه پیش از تولد ۱۸ سالگی‌تان آغاز کنید.

پرسش: آیا تشخیص PWD مادام العمر است؟ آیا در آینده وزارتخانه از من خواهد خواست تا دوباره برای PWD درخواست بدهم؟

پاسخ: هرچند تشخیص PWD یک تشخیص دائمی نیست، دستورکار فعلی MSDPR این نیست که از افراد بخواهد دوباره برای PWD درخواست بدهند. به بیان دیگر، از شما نخواهند خواست که یک فرم درخواست ۲۸ صفحه‌ای دیگر پر کنید.

پرسش: آیا لازم است پیش از درخواست PWD دریافت‌کننده‌ی کمک‌درآمد باشم؟

برای درخواست PWD، لازم نیست دریافت‌کننده‌ی کمک‌درآمد باشید، اما لازم است ابتدا درخواست کمک‌درآمد کنید تا بتوانید برای PWD درخواست بدهید. به این ترتیب MSDPR می‌تواند پیش از درخواست تشخیص PWD، نخست استحقاق شما را از نظر مالی معاینه کند. در برخی موارد، ممکن است شما به لحاظ مالی استحقاق دریافت کمک‌درآمد را نداشته باشید، اما MSDPR تعیین خواهد کرد که ممکن است همچنان زیر سقف درآمد برای درخواست PWD باشید. برای مثال، اگر درآمد شما بیش از ۱۰۶۰ دلار در ماه (سقف تعیین‌شده برای دریافت کمک‌درآمد از آگوست ۲۰۲۳)، ولی کمتر از ۱۴۸۳.۵۰ دلار (سقف تعیین‌شده برای PWD از آگوست ۲۰۲۳) باشد، یا اگر دارایی شما بیش از ۵۰۰۰ دلار ولی کمتر از ۱۰۰۰۰ دلار باشد، می‌توانید برای PWD درخواست بدهید. با این حال، تحت هر شرایطی، شما باید پیش از ثبت درخواست برای PWD، فرایند درخواست کمک‌درآمد را طی کنید. برای آگاهی بیشتر، برگه‌ی راهنمای ۱۲ ما را ببینید، یا با گروه همیاری محل زندگی خود تماس بگیرید. لطفاً توجه داشته باشید که ائتلاف دگرتوانی بی‌سی کمی در رابطه با درخواست کمک‌درآمد ارائه نمی‌دهد.



پرسش: اگر دارایی من از سقف دارایی مجاز برای درخواست PWD (۱۰۰۰۰۰ دلار برای یک فرد مجرد) بیشتر باشد، آیا می‌توانم برای PWD درخواست بدهم؟

پاسخ: در برخی موارد، بله. برای مثال، اگر درآمدی ندارید، با تکیه بر پس‌انداز خود امرار معاش می‌کنید، و پیش‌بینی می‌کنید که تا چند ماه دیگر دارایی شما کمتر از ۱۰۰۰۰۰ دلار باشد، پس باید امکان درخواست برای PWD را داشته باشید.

پرسش: چند ماه زمان می‌برد تا وزارتخانه درباره‌ی درخواست من برای PWD تصمیم بگیرد؟

مدت زمان داوری می‌تواند متغیر باشد. با این حال، صرف دو ماه یا بیشتر نامعمول نخواهد بود تا وزارتخانه در این باره که شما واجد شرایط PWD هستید یا خیر تصمیم‌گیری کند.

پرسش: آیا درخواست PWD می‌تواند تحت رسیدگی سریع قرار گیرد؟

پاسخ: در برخی موارد، وزارتخانه می‌تواند چنین کند. اگر شرایط پزشکی شما وخیم است، این اهمیت دارد که هنگام ارسال فرم خود، با درخواست رسیدگی سریع به آن، این موضوع را به آگاهی وزارتخانه برسانید.



نامه به پزشکان/ پرستاران متخصص

پزشک/ پرستار محترم:

بیمار شما قصد دارد برای تشخیص PWD (دگرتوانی) درخواست بدهد و برای ثبت درخواست به کمک شما نیاز دارد. بخش دو باید توسط یک پزشک یا پرستار متخصص تکمیل شود. ممکن است بیمار از شما بخواهد بخش سه -گزارش معاینه‌گر- را نیز تکمیل کنید. برای کمک به شما و بیمارتان در تکمیل این فرم، ما در ادامه موارد اصلی شرایط تشخیص PWD را مشخص کرده‌ایم. امیدواریم این فرصت را داشته باشید که پیش از تکمیل فرم درخواست درباره‌ی آن با بیمارتان صحبت کنید.

- شرایط پزشکی متقاضی باید یک **آسیب شدید جسمی یا ذهنی** شناخته شود. گفتنی است، اگر بیمار شما مسائل پزشکی گوناگونی داشته باشد، ممکن است برآیند آن‌ها عملکرد فرد را به‌طور جدی مختل کند. کمک‌کننده خواهد بود اگر بیشترین تأثیر دگرتوانی بیمار خود را (به‌ویژه در روزهایی که حال خوشی ندارد) معاینه و برای توصیف میزان آسیب از واژه‌ی «شدید» استفاده کنید.
- این آسیب‌دیدگی باید براساس پیش‌بینی صورت‌گرفته دست‌کم **دو سال** به طول بینجامد.
- این آسیب‌دیدگی باید **توانمندی بیمار شما برای انجام امور روزمره را، خواه به‌طور مستمر یا دوره‌ای و برای دوره‌های طولانی، دچار محدودیت جدی کند.** از شما درخواست می‌شود مهارت‌های عملکردی بیمار خود (مانند راه رفتن، بالا رفتن از پله‌ها، بلند کردن و حمل اجسام، عملکرد ذهنی) و توانمندی او برای اداره‌ی امور روزمره را معاینه کنید. فعالیت‌های روزمره شامل مراقبت فردی، تهیه‌ی غذا، مدیریت مصرف داروها، کارهای خانه، خرید، حرکت، استفاده از وسایل نقلیه، اداره‌ی امور مالی و عملکرد اجتماعی می‌شود. لطفاً همه‌ی فعالیت‌هایی که انجامشان برای بیمار شما دشوار است را برشمارید. اگر عملکرد بیمار شما به‌صورت دوره‌ای دچار محدودیت می‌شود، بیان میزان تکرار و طول مدت دوره‌های محدودیت عملکرد اهمیت دارد.
- در نتیجه‌ی محدودیت‌های مذکور، **بیمار باید نیازمند کمک بسیاری از سوی افراد دیگر یا ابزارهای کمکی باشد.** این حمایت می‌تواند از سوی اعضای خانواده، دوستان، فعالان حوزه‌ی سلامت، یا نهادهای اجتماعی باشد. اگر بیمار نیازمند کمک است ولی به آن دسترسی ندارد، به این نکته اشاره کنید - در چنین شرایطی، ممکن است فرد متقاضی برای به انجام رساندن کارها به زحمت بیفتد و زمانی بیش از حد معمول صرف آن‌ها کند.

موارد بالا معیارهای اصلی تشخیص PWD را شرح می‌دهد. بیمار شما باید بتواند جزئیات بیشتری در این باره که دگرتوانی او چگونه عملکرد روزمره‌ی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد در اختیار شما بگذارد. احتراماً خاطر نشان می‌کنیم پس از پر کردن بخش(های) مربوط به خود، فرم درخواست را به بیمار بازگردانید.

از کمک و همکاری شما سپاسگزاریم.



نامه به معاینه‌گران

فعالان محترم حوزه‌ی سلامت:

بیمار شما قصد دارد برای تشخیص PWD (دگرتوانی) درخواست بدهد و برای ثبت درخواست به کمک شما نیاز دارد. بخش سه-گزارش معاینه‌گر- باید توسط پزشک متقاضی، پرستار او، یا یک معاینه‌گر صاحب صلاحیت تکمیل گردد (فهرست فعالان دارای پروانه‌ی رسمی حوزه‌ی سلامت که می‌توانند گزارش معاینه‌گر را تکمیل کنند در صفحه‌ی ۱۴ فرم درخواست آمده است). برای کمک به شما و بیمار/ مراجع شما در تکمیل این فرم، ما در ادامه موارد اصلی شرایط تشخیص PWD را مشخص کرده‌ایم. امیدواریم این فرصت را داشته باشید که پیش از تکمیل فرم درخواست درباره‌ی آن با بیمار/ مراجع خود صحبت کنید.

- برای پذیرش در تشخیص PWD، فرد متقاضی باید مبتلا به یک **آسیب شدید جسمی یا ذهنی** باشد که، خواه به صورت مستمر یا دوره‌ای و برای دوره‌های بلندمدت، توانمندی او برای انجام فعالیت‌های روزمره را به صورت معناداری محدود می‌کند، و باید روشن گردد که در نتیجه‌ی این دگرتوانی، فرد به کمک بسیاری از سوی دیگران یا ابزارهای کمکی نیازمند است.
 - از شما به عنوان معاینه‌گر درخواست می‌شود توانمندی جسمی و ذهنی متقاضی را در ارتباط با انجام فعالیت‌های روزمره معاینه کنید. فعالیت‌های روزمره شامل مراقبت فردی، کارهای خانه، خرید، تهیه‌ی غذا، این سو و آن سو رفتن درون و بیرون خانه، مدیریت امور مالی و مصرف داروها، استفاده از وسایل نقلیه، و عملکرد اجتماعی می‌شود.
 - این فرم به گونه‌ای طراحی شده است که معاینه‌گر باید توانمندی متقاضی برای انجام کارهای روزمره را بر حسب این که آیا نیاز به کمک دیگران یا ابزارهای کمکی دارد، یا آیا برای انجام کارها به تهنایی باید زمان بسیار بیشتری صرف کنند یا خیر بسنجد. **فرد می‌تواند نیازمند کمک معاینه شود، حتی اگر به این کمک دسترسی نداشته باشد.** برای نمونه، فردی که در ارتباط با سلامت روان دچار مسأله است، ممکن است به حاشیه رانده شده و منزوی باشد، اما به سبب عملکرد اجتماعی ضعیف خود، کمکی دریافت نکند - چنین فردی ممکن است نیازمند کمک مداوم معاینه شود.
 - اگر عملکرد مراجع شما محدودیت دوره‌ای داشته باشد، اشاره به بسامد و مدت زمان دوره‌های محدودیت عملکرد او اهمیت دارد. اگر به دشواری سعی می‌کند کارها را به تهنایی انجام می‌دهد، تخمین این که به انجام رساندن یک فعالیت برای او ممکن است چقدر بیش از حد معمول زمان برد می‌تواند کمک‌کننده باشد. در مواردی که نشانه‌های بیماری می‌تواند از روزی به روز دیگر متفاوت باشد، حتماً تأثیر «روزهای بد» مراجع خود را روی عملکرد کلی او شرح دهید.
- موارد بالا معیارهای اصلی تشخیص PWD را شرح می‌دهد. بیمار/ مراجع شما باید بتواند جزئیات بیشتری در این باره که دگرتوانی او چگونه عملکرد روزمره‌ی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد در اختیار شما بگذارد. احتراماً خاطر نشان می‌کنیم پس از پر کردن بخش(های) مربوط به خود، فرم درخواست را به بیمار بازگردانید.

از کمک و همکاری شما سپاسگزاریم.



فهرست فعالیت‌های روزمره

فرم درخواست تشخیص بهره‌مندی از مزایای دگرتوانی (PWD)

این فرم برای پر کردن بخش یک فرم درخواست تشخیص PWD به متقاضیان کمک می‌کند. بنا بر قوانین، برای بهره‌مندی شما از مزایای دگرتوانی، باید روشن گردد که برای انجام فعالیت‌های روزمره نیاز به کمک دارید. این فهرست به شما کمک می‌کند تا آن دسته از فعالیت‌های روزمره را که وزارتخانه مهم قلمداد می‌کند بشناسید و معین کنید که آیا در این زمینه‌ها دچار محدودیت هستید یا خیر. شما می‌توانید این فهرست را به پزشک، پرستار متخصص، یا معاینه‌گر خود نیز نشان دهید تا بدانند برای انجام کدام فعالیت‌های روزمره نیاز به کمک دارید.

همچنین، هنگام مطالعه‌ی فهرست باید پرسش‌های زیر را از خود پرسید:

- کدام فعالیت‌ها هستند که دست‌کم گاهی برای انجام آن‌ها دچار مشکل هستم؟
- اگر گاهی وقت‌ها دچار مشکل می‌شوم، این مشکلات چند وقت یک‌بار رخ می‌دهند؟
- اگر برای کمک به کسی دسترسی نداشته باشم، به چه کمکی نیاز دارم؟
- اگر دسترسی به کمک نداشته باشم و مجبور باشم خود به‌تنهایی کارها را انجام دهم، انجام آن‌ها چقدر بیش از حد معمول زمان می‌برد؟
- اگر دغدغه‌ای در ارتباط با پول (کمبود مالی) و سرپناه (نبود آشپزخانه و سرویس بهداشتی شخصی) نداشته باشم، آیا برای انجام مراقبت‌های فردی روزمره، تهیه و خوردن غذا، و اداره‌ی امور مالی شخصی دچار محدودیت هستم؟

در پایان این فهرست دو بخش وجود دارد که به شما کمک می‌کند تا به افراد یا ابزارهای کمکی بیندیشید که از آن‌ها کمک می‌گیرید یا به کمکشان نیاز دارید. اگر به کمک افراد یا ابزارهای کمکی دیگری جز آنچه که در فهرست آمده است نیاز دارید، لطفاً آن‌ها را در بخش «دیگر موارد» بنویسید.

دگرتوانی من انجام فعالیت‌های زیر را برایم دشوار می‌کند:

۱. مراقبت‌های فردی روزمره:

- رفتن درون وان حمام و بیرون آمدن از آن
- ایستادن زیر دوش
- بالا و پایین بردن دست‌ها برای شستن سر و بدن
- اصلاح، مسواک زدن، شانه کردن مو، و شستن صورت
- به یاد آوردن یا احساس انگیزه برای انجام دست‌کم نظافت ضروری به‌صورت روزانه
- آماده شدن برای رفتن به رختخواب
- رفتن به رختخواب و بیرون آمدن از آن
- لباس پوشیدن



۲. تهیه و خوردن وعده‌های غذایی:

- ایستادن کنار سینک، میز آشپزخانه، و اجاق
- بردن مواد غذایی از روی قفسه‌ها به سر میز یا روی اجاق و درون فر
- خرد کردن، پوست کندن، مخلوط کردن، یا هم زدن مواد غذایی
- درک دستورهای تهیه‌ی غذا یا نوشته‌های روی برچسب‌ها
- به یاد آوردن اینکه غذا را از روی اجاق بردارید یا از فر درآورید
- به یاد آوردن اینکه مواد غذایی را پس از انقضا یا فاسد شدنشان دور بیندازید
- جویدن و فرو بردن غذا
- به یاد آوردن یا احساس انگیزه برای خوردن وعده‌های غذایی منظم و غذاهای سالم

۳. مصرف داروها:

- به یاد آوردن مصرف داروهای درست، به میزان درست، در زمان درست
- گرفتن داروهای تجویز شده و به یاد آوردن دریافت دوباره‌ی آنها

۴. تمیز نگه داشتن خانه:

- شستن و جمع کردن ظرف‌ها، تمیز کردن میزها و سینک آشپزخانه
- تمیز کردن کف منزل
- تمیز کردن وان حمام، توالت، سینک و کف حمام
- جارو زدن، گردگیری، تمیز کردن پنجره‌ها
- حمل لباس‌های کثیف یا لباس‌های شسته‌شده، شستن و تا کردن و جمع کردن لباس‌ها
- به یاد آوردن یا احساس انگیزه برای تمیز نگه داشتن خانه

۵. خرید نیازمندی‌های شخصی:

- این سو و آن سو رفتن در فروشگاه‌ها، مدت زمان کافی ایستادن کنار قفسه‌ها برای انتخاب مناسب، و ایستادن در صف صندوق فروش
- برداشتن کالاها از قفسه‌ها، گذاشتن آنها در سبد، درآوردن آنها از سبد، و گذاشتنشان روی میز صندوق‌دار
- بردن خریدها به خانه (حمل آنها تا اتوبوس، به درون اتوبوس، به درون خانه، یا گذاشتن خریدها در ماشین شخصی و بیرون آوردنشان از ماشین)
- مضطرب، هراسان، ناامید، و عصبانی نشدن در فروشگاه‌ها به سبب ازدحام جمعیت، نور، صداها، حرکات، و صف‌های طولانی

۶. حرکت و جابجایی درون و بیرون خانه:

در خانه

- بالا و پایین رفتن از پله‌ها یا سطوح شیب‌دار
- استفاده از مبلمان خانه، از جمله تخت‌خواب خود (نشستن و خوابیدن و برخاستن)
- باز و بسته کردن درها و کشوها
- رفتن از اتاقی به اتاقی دیگر
- خم شدن برای برداشتن چیزی از زمین
- نشستن روی زانو و برخاستن از این موقعیت



بیرون از خانه

- راه رفتن روی سطح صاف
- راه رفتن روی زمین ناصاف
- بالا و پایین رفتن از پله‌ها یا سطوح شیب‌دار
- بیرون رفتن از خانه بدون ترس و اضطراب

7. استفاده از وسایل نقلیه‌ی شخصی یا عمومی

- رفتن به ایستگاه اتوبوس و منتظر اتوبوس ایستادن
- سوار اتوبوس یا مترو شدن و پیاده شدن از آن‌ها
- ایستادن، نشستن روی صندلی و برخاستن از آن، و به یاد داشتن ایستگاهی که باید پیاده شوم
- درک برنامه‌ی زمانی حرکت اتوبوس و مترو

8. مدیریت امور مالی شخصی

- درک محتویات صورتحسابها و یادآوری پرداخت به‌موقع آن‌ها، از جمله پرداخت اجاره
- بودجه‌بندی برای خرید مایحتاج خانه و دیگر نیازمندی‌های خود
- خودداری از خرید آنچه بدان نیاز ندارم

به‌موجب دگرتوانی در زمینه‌ی سلامت روان:

- اضطراب، بیقراری، استرس، و افسردگی شدیدی را تجربه می‌کنم
- سردرگمی زیادی را تجربه می‌کنم
- تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی از پیش برای من دشوار است
- رسیدگی به اولویت‌ها پیش از موارد دیگر و به انجام رساندن وظایف برای من دشوار است
- داشتن انتخاب‌های منطقی (خوب) برای من دشوار است
- برای به یاد آوردن اطلاعات و قرارها به مشکل برمی‌خورم
- نسبت به نور، صدا، و حرکت حساس هستم
- معاشرت کردن بی‌آن‌که مضطرب و هراسان شوم برای من دشوار است
- برقراری ارتباط با دوستان، خانواده، و/یا شریک عاطفیم برای من دشوار است
- برقراری ارتباط با غریبه‌ها در مکان‌های عمومی برای من دشوار است
- برای برقراری و حفظ رابطه با دیگران به مشکل برمی‌خورم
- درخواست کمکی که به آن نیاز دارم برای من دشوار است
- در رویارویی با شرایط غیرمنتظره دچار مشکل می‌شوم

برقراری ارتباط (توجه: در اینجا عدم تسلط به زبان انگلیسی مورد نظر نیست)

- برای فهماندن منظور خود به دیگران در گفتار و نوشتار به مشکل برمی‌خورم
- فهم آنچه دیگران به من می‌گویند برایم دشوار است
- فهم متنی که مطالعه می‌کنم برای من دشوار است
- شنیدن آنچه دیگران به‌صورت حضوری یا پشت تلفن به من می‌گویند برایم دشوار است
- هنگام صحبت کردن با دیگران یا گوش دادن به آن‌ها احساس ترس و اضطراب می‌کنم



من از افراد زیر کمک می‌گیرم یا نیازمند کمک آنها هستم:

- نهادهای اجتماعی
- مشاوران
- اعضای خانواده
- دوستان
- فعالان حوزه‌ی سلامت
- ارائه‌دهندگان خدمات حمایتی در خانه
- هم‌خانه‌ها
- گروه‌های حمایتی
- افراد داوطلب
- افراد دیگر _____

من از ابزارهای کمکی زیر استفاده می‌کنم یا به کمک آنها نیاز دارم:

- مسکن مناسب‌سازی شده
- ابزارهای کمکی برای حمام کردن
- بریس (نگهدارنده)
- دستگاه تنفس
- عصا
- کمود (توالت فرنگی چرخدار)
- ابزارهای کمکی برای برقراری ارتباط
- عصای زیر بغل
- ابزارهای کمکی برای غذا خوردن
- تخت بیمارستانی
- ابزارهای کمکی برقراری ارتباط برای ناشنوایان یا کم‌شنوایان
- ابزار بالابر
- ابزارهای اورولوژی یا استومی
- پروتز
- اسکوتر
- آتل
- آرتر
- ابزارهای کمکی برای دفع
- واکر (گام‌یار)
- صندلی چرخدار
- ابزارهای دیگر _____

من به حیوان کمکی نیاز دارم یا چنین حیوانی دارم

- بله



این برگه راهنما را انجمن دستیابی به مدافعه، برنامه‌ای از ائتلاف دگرتوانی بریتیش کلمبیا، فراهم کرده است. از انجمن علوم بهداشتی و بنیاد حقوق بریتیش کلمبیا برای تأمین هزینه‌های مالی برگه‌های راهنمای مزایای دگرتوانی بریتیش کلمبیا سپاسگزاریم.

1450-605 Robson St., Vancouver, BC V6B 5J3 • تلفن: 604-872-1278 • فکس: 604-875-9227

تلفن رایگان: 1-800-663-1278 • www.disabilityalliancebc.org

سری کامل برگه‌های راهنما و نشریات DABC به صورت رایگان در نشانی زیر موجود است:

<https://disabilityalliancebc.org/publications>



we are all
connected