



ALIANZA DE DISCAPACIDAD DE BC

HOJA DE AYUDA

BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE BC



2024

Personas con Discapacidades en las Reservas: La Designación de PCD

Esta hoja de ayuda está financiada por la Asociación de Ciencias de la Salud de BC y la Fundación del Derecho de BC.

Alianza de Discapacidad de BC (Disability Alliance BC) ha preparado esta hoja para ayudarle a llenar la solicitud de designación de discapacidad de Servicios Indígenas de Canadá (ISC) para el beneficio de Personas con Discapacidades (PCD).

Esta hoja le da instrucciones fáciles de seguir que lo guían a través del formulario de solicitud paso a paso. Incluye cartas para entregar a su médico/enfermera practicante y asesor (profesional que puede describir el impacto de su discapacidad en su vida diaria). También hay una lista de verificación para ayudarlo a identificar las actividades de la vida diaria que tiene problemas en realizar debido a su discapacidad.

Antes de hacer nada, lea atentamente esta guía y el formulario de solicitud de ISC. Si no puede entender la guía o el formulario, pídale a un amigo, familiar o defensor que lo ayude.

PCD dentro y fuera de las Reservas

El gobierno federal, y cada provincia y territorio, tienen su propia definición de persona con discapacidades y sus propios programas de beneficios por discapacidad. En Columbia Británica, el programa de asistencia para discapacitados a menudo se denomina “beneficios para personas con discapacidades”, tanto dentro como fuera de las Reservas. La diferencia importante es que, en la Reserva, las personas con discapacidad son designadas por la Red Aborigen de Columbia Británica sobre la Sociedad de Personas con Discapacidades (BCANDS) en nombre del ISC y, fuera de la Reserva, las personas con discapacidad son administradas por el Ministerio de Desarrollo Social y Reducción de la Pobreza (MSDPR).



Alianza de Discapacidad de BC

La información de esta Hoja de Ayuda se basa en la legislación vigente al momento de redactar este artículo. La legislación y la política pueden estar sujetas a cambios. Verifique la fecha de esta Hoja de Ayuda.



La definición de discapacidad y el formulario de solicitud de designación de PCD utilizado en la Reserva se basa en la definición y solicitud de PCD administrada por el MSDPR, por lo cual son casi exactamente iguales. Las tarifas de asistencia por discapacidad dentro y fuera de la Reserva también son las mismas, aunque hay algunas ligeras diferencias en los suplementos disponibles.

Si vive en una Reserva y tiene la designación de PCD de ISC y decide mudarse fuera de la Reserva, por lo general no se le pedirá que complete una solicitud de designación de PCD del MSDPR. Con un formulario de divulgación de información, BCANDS enviará una copia de su solicitud de designación de PCD directamente al MSDPR. El MSDPR revisará la información y lo más probable es que confirme su elegibilidad para recibir asistencia por discapacidad fuera de la Reserva. Sin embargo, existe la posibilidad de que, si el MSDPR no está satisfecho con la información, le pidan que complete una nueva solicitud de designación de PCD.

Del mismo modo, si ha estado viviendo fuera de la Reserva y el MSDPR le ha otorgado su designación de PCD, y elige mudarse a la Reserva, el MSDPR enviará una copia de su solicitud de PCD a BCANDS y ellos decidirán si cumple o no con los requisitos de PCD del ISC.

Cómo empezar

Si ya está recibiendo asistencia social, comuníquese con su Trabajador de Desarrollo Social de la Banda y dígame que desea solicitar como PCD y obtener una solicitud para PCD. Si no está recibiendo asistencia social, comuníquese con el Trabajador de Desarrollo Social de la Banda para averiguar si califica financieramente para solicitar PCD.

Lo que obtendrá con PCD

- Recibirá hasta \$1,483.50 mensuales, si es una persona soltera sin dependientes
- Recibirá un suplemento de transporte de \$52 por mes O BIEN un pase de autobús mensual en especie (por un total de \$1,535.50). Póngase en contacto con su Trabajador de Desarrollo Social de la Banda para obtener más información
- No se espera que busque trabajo
- Podrá mantener hasta \$16,200 por año en ingresos del trabajo como persona soltera
- Si no tiene estatus y no tiene cobertura de salud, calificará para un rango de suplementos de salud.

¿Qué significa “discapacidad”?

Para calificar para PCD:

- Debe tener al menos 18 años
- Su discapacidad debe ser grave y se espera que dure al menos dos años, y
- Su discapacidad debe restringir directa y significativamente su capacidad para realizar actividades de la vida diaria (explicadas en la página 4).



Además, debido a su discapacidad, necesita:

- ayuda significativa de otra persona, **o bien**
- ayuda de un dispositivo de asistencia (por ejemplo, una silla de ruedas), **o bien**
- Ayuda de un animal de asistencia.

La Solicitud de Designación de PCD

El formulario de solicitud para PCD tiene cuatro secciones:

Sección Uno: es llenada por el Trabajador de Desarrollo Social de la Banda

Sección Dos: es llenada por usted

Sección Tres: es llenada por su médico o enfermera practicante

Sección Cuatro: es llenada por su “evaluador”. Un evaluador puede ser:

- su médico (su médico puede completar las Secciones Dos y Tres), o bien
- un psicólogo registrado, o bien
- una enfermera registrada o una enfermera psiquiátrica registrada, o bien
- un terapeuta ocupacional, o bien
- un fisioterapeuta, o bien
- un trabajador social, o bien
- un quiropráctico, o bien
- una enfermera practicante.

Es importante tener en cuenta que su Evaluador no puede ser un empleado de la Banda/Comunidad (denominada Autoridad Administradora) si dicha comunidad administra el Programa de Desarrollo Social del ISC. El Evaluador tampoco puede ser pariente del solicitante.

Se le pide que llene las secciones del formulario de solicitud de designación en orden. En otras palabras, primero se completa la Sección Uno, luego la Sección Dos, luego la Sección Tres y, finalmente, la Sección Cuatro.

Sección Dos (A llenar por Ud.)

Cuando vea la Sección Dos, verá que dice que puede pedirle a alguien que le ayude a completarla. Es posible que le resulte útil que un amigo, familiar o defensor le ayude a completarla.

A - Información personal

Complete esta parte llenando cada casilla con su nombre, fecha de nacimiento, dirección, etc. Si usted Si no tiene un número de teléfono, escriba “Sin teléfono”.



B - Condición incapacitante (su discapacidad)

Cuando mire la Sección Dos del formulario de solicitud, verá que dice: “no está obligado a completar esta sección”. **Le recomendamos que complete esta sección, pero recuerde que hacerlo puede ayudar o perjudicar su solicitud dependiendo de la información que proporcione. Consulte a su BDSW si no está seguro de qué escribir.**

Debido a que primero tiene que completar la Sección Dos, el médico/enfermera practicante y el evaluador pueden usarla como guía cuando completen sus secciones: Secciones Tres y Cuatro. Por lo tanto, es importante incluir toda la información que pueda sobre su discapacidad cuando responda a la pregunta B.

Antes de responder a las preguntas de la Sección Dos, es una buena idea hacer un primer borrador en una hoja de papel aparte. Es posible que desee que otra persona, tal como un defensor o un amigo, revise su primer borrador para asegurarse de que haya recordado todo lo que desea incluir. Cuando esté listo, escriba sus respuestas en el formulario de solicitud.

B (1.) “Por favor, describa su discapacidad.”

Es importante que enumere y explique claramente todas sus discapacidades. Por ejemplo, puede tener hepatitis C, depresión, ansiedad y problemas de aprendizaje. Una vez más, cuanta más información puedas incluir, mejor.

B (2.) “¿Cómo afecta su discapacidad su vida y su capacidad de cuidarse a sí mismo?”

Piense en todas las formas en que su discapacidad hace que sea difícil o imposible hacer las cosas que necesita hacer regularmente. Las siguientes actividades se consideran actividades de la vida diaria:

- Realizar la higiene y el cuidado personales (por ejemplo, bañarse)
- Preparar comidas
- Tomar medicamentos
- Mantener la casa limpia
- Hacer las compras de necesidades personales
- Moverse en interiores y exteriores
- Usar medios de transporte público o personal (por ejemplo, un autobús)
- Administrar las finanzas personales.

Para las personas con discapacidades de salud mental, las actividades de la vida diaria también incluyen:

- Tomar decisiones sobre el cuidado personal, las actividades o las finanzas.
- Relacionarse, comunicarse o interactuar con los demás de manera efectiva (en otras palabras, llevarse bien con otras personas).



Antes de responder a la pregunta “¿cómo afecta su discapacidad su vida y su capacidad de cuidar de sí mismo?”, mire la lista de verificación adjunta a esta hoja de ayuda. Revísela y marque las cosas que no pueda hacer o que le resulten difíciles de hacer en sus días malos. Luego, usando la lista de verificación como guía, escriba la respuesta a la pregunta. Si necesita ayuda para completar alguna de las actividades de la lista, recuerde incluirlo en su respuesta, **incluso cuando en realidad no esté recibiendo la ayuda que necesita.**

Debe pensar en cualquier ayuda continua que reciba de amigos, familiares, grupos de apoyo, equipos de salud mental u otras formas de asesoramiento. También considere cualquier dispositivo de asistencia que pueda necesitar, tales como bastones, férulas o barras de apoyo.

Otra cuestión también es que hay que pensar en el tiempo que se tarda en completar una de las actividades anteriores, cuando no hay ayuda disponible. Por ejemplo, puede llevarle dos o tres veces más tiempo que a otras personas lavar los platos. Recuerde incluir estos ejemplos cuando responda a la pregunta B(2).

C - Declaración y Notificación

Cuando haya completado la Sección Dos, recuerde firmar con su nombre y fechar su formulario. También se le pide que alguien atestigüe su firma, pero esto no es obligatorio.

Si alguien no puede firmar la solicitud de designación de PCD debido a una incapacidad mental, puede ser firmada por un tutor o alguien con autoridad legal.

Sección Tres (para que su médico o enfermera practicante la complete)

La Sección Tres es la parte que su médico o enfermera practicante debe completar. Comienza con algunas instrucciones e información para su médico/enfermera practicante. Deben completar la parte de la Sección Tres que dice: “debe ser completado únicamente por el médico o enfermero practicante del solicitante.” Si tiene más de un médico/enfermera practicante, pídale al que mejor lo conozca que llene el formulario.

Debido a que la Sección Tres debe ser completada por su médico o enfermera practicante, no vamos a repasar cada pregunta. Le daremos algunas ideas generales que creemos que le ayudarán.

Haga una cita con su médico para hablar sobre el formulario

La Sección Tres tiene muchas preguntas que deben responder su médico o enfermera practicante. Su capacidad para responderlas correctamente dependerá de lo bien que lo conozcan. Reúnase con su médico o enfermero practicante para analizar el formulario y repasar las preguntas antes de que lo llenen. Esto es particularmente importante si no tiene un médico de familia o una enfermera practicante y va a una clínica sin cita previa.



Qué llevar consigo cuando vaya a ver a su médico o enfermera practicante

- Su formulario de solicitud de designación de PCD con su sección completada
- Tal vez Ud. quiera fotocopiar y completar la Sección Tres y luego mostrársela a su médico o enfermera practicante para ver si creen que está correcta. Si están de acuerdo con lo que ha escrito, es posible que quieran usarlo como guía. Facilitará su trabajo y les ayudará a comprender cómo le afecta diariamente su discapacidad.
- Página 9 de esta guía: “Carta a los médicos/enfermeras practicantes”
- Una copia de su lista de verificación completa.

Sección Cuatro (para que la complete su evaluador o médico/enfermera practicante)

La Sección Cuatro es la parte que su evaluador o médico/enfermera practicante debe completar. Comienza con algunas instrucciones e información para ellos.

Mire la lista de evaluadores que pueden completar la Sección Cuatro, que se encuentra en la página 3 de esta hoja de ayuda. Su evaluador debe ser un profesional registrado. Por ejemplo, si un trabajador social está llenando la Sección Cuatro por usted, él o ella debe estar trabajando como trabajador social para el gobierno provincial o bien, si está en la práctica privada, registrado bajo la Ley de Trabajadores Sociales. Recuerde que, si no tiene un evaluador, su médico/enfermera practicante puede completar la Sección Cuatro.

Qué llevar consigo cuando vaya a ver a su evaluador

- Su formulario de solicitud de designación de PCD con su sección y la sección de su médico/enfermera practicante llenada
- Tal vez Ud. quiera fotocopiar el formulario, completar la Sección Cuatro y mostrárselo a su evaluador
- Página 10 de esta guía: “Carta a los evaluadores”
- Una copia de su lista de verificación completa.

Lista de verificación del solicitante y envío de su solicitud

Cuando haya completado su solicitud de PCD, consulte la Lista de Verificación del Solicitante al final del formulario. Asegúrese de haber incluido todo. Le sugerimos que haga una fotocopia del formulario completo antes de enviarlo.

Cuando esté seguro de que todo esté completo, envíe su solicitud por correo al Adjudicador de PCD de BCANDS. Asegúrese de colocar su dirección en el remitente del sobre.

BCANDS es responsable de revisar su solicitud y notificarle su decisión por escrito.



Preguntas frecuentes

P: ¿Qué hago si no tengo un médico para completar mi solicitud?

R: Encontrar un médico puede ser difícil. Afortunadamente, ahora también tiene la opción de que una enfermera practicante le ayude con la Sección Tres de su solicitud de PCD. Ya sea que obtenga ayuda de un médico o una enfermera practicante, es una buena idea verlos varias veces antes de pedirles que completen el formulario. Es importante que lo conozcan.

P: ¿Tengo que pagarle a mi médico, enfermera practicante o evaluador para que llenen la solicitud de PCD?

R: No. Se pide al médico, a la enfermera practicante y al evaluador que hagan facturas por completar las secciones tres y cuatro de la solicitud, y luego la autoridad administradora (la banda) asume la responsabilidad del pago. Los médicos, las enfermeras practicantes y los asesores no deben cobrarle una tarifa adicional. Si intentan cobrarle, recuérdelos que el Ministerio de Salud ya les está pagando por este servicio.

P: ¿Qué hago si no conozco a ningún profesional de la salud que pueda ser mi evaluador?

R: Solo ciertos profesionales de la salud pueden actuar como evaluadores en su solicitud de designación de PCD. Hay una lista de profesionales aceptados en la aplicación. Pídale a su médico o enfermera practicante que complete la sección del evaluador, si no tiene otro profesional de la salud que lo conozca.

P: ¿Qué pasa si me rechazan la PCD?

R: Tiene derecho a apelar si le niegan la PCD. Tiene 20 días hábiles a partir del día en que recibe la carta denegando su solicitud para entregarle a la Autoridad Administrativa una Solicitud de Revisión Administrativa y las razones por las que cree que la decisión de negarle la PCD es incorrecta. Para iniciar una Revisión Administrativa, usted debe pedirle a su Trabajador de Desarrollo Social de la Banda un formulario de Solicitud de Revisión Administrativa. Junto con este formulario, el trabajador debe incluir una copia de su solicitud de PCD. Es importante incluir documentación de respaldo con su Solicitud de Revisión Administrativa. El mejor tipo de carta de apoyo es una carta de su médico o enfermera practicante que explique por qué su discapacidad cumple con todos los requisitos de la definición de discapacidad de PCD. Asegúrese de obtener toda esta información antes de la fecha límite de 20 días hábiles.

Si la Revisión Administrativa no tiene éxito y no se la aprueba como PCD, usted puede solicitar que su caso sea escuchado por un Comité de Apelaciones. Sin embargo, debe presentar una solicitud para una audiencia con el Comité de Apelaciones dentro de los siete días hábiles posteriores a la recepción de la decisión de la Revisión Administrativa. Si está haciendo una apelación, es una buena idea contar con la ayuda de un defensor.



P: ¿Los niños califican para PCD?

R: No, usted tiene que tener 18 años de edad para recibir los beneficios de PCD. Puede comenzar el proceso de solicitud de PCD hasta seis meses antes de cumplir 18 años.

P: ¿La designación de PCD es permanente o se me pedirá que vuelva a solicitar PCD en el futuro?

R: Aunque la PCD no es una designación permanente, la práctica actual de BCANDS es revisar la elegibilidad de las PCD solo en circunstancias excepcionales. Por ejemplo, si BCANDS cree que se les ha proporcionado información inexacta, puede realizar una revisión de su designación de PCD. Esto significa que a la mayoría de las personas con PCD no se les pedirá que completen otra solicitud de designación de PCD en el futuro.

P: Si no soy una persona de Primeras Naciones y vivo en una Reserva, ¿tengo que completar una solicitud de PCD ISC a través de la banda?

R: Sí. La única excepción es para las personas sin estatus que residen en propiedades comerciales en la Reserva. Estas personas tienen que presentar su solicitud a través de MSDPR.



Carta a los médicos/enfermeras practicantes

Estimado médico o enfermera practicante:

Su paciente está solicitando la designación de PCD (discapacidad) y necesita su ayuda con la solicitud. La Sección Tres debe ser completada por el médico o la enfermera practicante del solicitante. También se le puede pedir que complete la Sección Cuatro: el Informe del Evaluador. Para ayudarle a usted y a su paciente al completar este formulario, hemos destacado a continuación los componentes clave de los requisitos de elegibilidad para PCD. Esperamos que tenga la oportunidad de hablar sobre la solicitud con su paciente antes de completarla.

- La(s) condición(es) médica(s) del solicitante debe considerarse como un impedimento físico o mental grave. Cabe señalar que, si su paciente tiene una serie de afecciones médicas, pueden combinarse para afectar gravemente el funcionamiento de la persona. Es útil si evalúa el impacto total (especialmente en los días malos) de la discapacidad de su paciente y si usa la palabra “grave” para describir el nivel de discapacidad.
- Se debe esperar que el deterioro continúe durante al menos dos años.
- El impedimento debe restringir significativamente la capacidad de su paciente de realizar las actividades de la vida diaria, ya sea de forma continua o periódica durante períodos prolongados. Se le pide que evalúe las habilidades funcionales de su paciente (como caminar, subir escaleras, levantar y cargar cosas, funciones mentales) y su capacidad para manejar las actividades de la vida diaria. Las actividades de la vida diaria incluyen el cuidado personal, la preparación de comidas, el manejo de medicamentos, las tareas domésticas, las compras, la movilidad, el uso del transporte, el manejo de las finanzas y el funcionamiento social. Indique todas las tareas que su paciente tiene dificultades en realizar. Si su paciente está restringido periódicamente, es importante tener en cuenta la frecuencia y la duración de las limitaciones.
- Como resultado de las limitaciones anteriores, se debe requerir ayuda significativa de otras personas o dispositivos de asistencia. Las personas de apoyo pueden incluir familiares, amigos, profesionales de la salud y agencias comunitarias. Se debe tener en cuenta cuando se necesita ayuda, pero no está disponible: en estas circunstancias, el solicitante puede tener dificultades y tardar más de lo normal en completar las tareas.

El esquema anterior describe los criterios clave de elegibilidad para PCD. Su paciente debería poder proporcionarle más detalles sobre cómo le afecta la discapacidad en su funcionamiento diario. Le sugerimos que devuelva el formulario de solicitud a su paciente una vez que haya completado su(s) sección(es).

Gracias por su ayuda y cooperación.



Carta a los evaluadores

Estimado profesional de la salud:

Su paciente está solicitando la designación de PCD (discapacidad) y necesita su ayuda con la solicitud. La Sección Cuatro, el Informe del Evaluador, debe ser completada por el médico/enfermera practicante del solicitante o un evaluador calificado (la lista de profesionales prescritos que pueden completar el informe del evaluador se encuentra al principio del formulario de solicitud). Para ayudarlo a usted y a su paciente/cliente a completar este formulario, hemos destacado a continuación los componentes clave de los requisitos de elegibilidad para PCD. Esperamos que tenga la oportunidad de hablar sobre la solicitud con su paciente/cliente antes de completarla.

- Para calificar para la designación de PCD, el solicitante debe tener un impedimento físico o mental grave que restrinja significativamente su capacidad de realizar actividades de la vida diaria, ya sea de forma continua o periódica durante períodos prolongados, y como resultado de esta discapacidad, se debe demostrar que se necesita ayuda significativa de otros o dispositivos de asistencia.
- Como evaluador, se le pide que evalúe la capacidad física y mental del solicitante en relación con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Las actividades de la vida diaria incluyen el cuidado personal, las tareas domésticas, las compras, la preparación de comidas, la movilidad dentro y fuera del hogar, el manejo de las finanzas y los medicamentos, el uso del transporte y el funcionamiento social.
- El formulario está diseñado para que el evaluador tenga que medir la capacidad del solicitante de realizar las tareas diarias en función de si necesita ayuda de otras personas, un dispositivo de asistencia o si tarda mucho más en hacer las cosas por sí mismo. Se puede considerar que una persona necesita ayuda, incluso si no dispone de la misma. Alguien con una afección de salud mental, por ejemplo, puede ser marginado y aislado, pero rechazar la ayuda debido a su mal funcionamiento social, por lo que se puede considerar que esa persona requiere asistencia continua.
- Si su cliente tiene restricciones “periódicas”, es importante tener en cuenta la frecuencia y duración de sus limitaciones. Si tiene dificultades para hacer las cosas por su cuenta, es útil estimar cuánto tiempo más de lo normal le puede llevar completar una tarea. En situaciones en las que los síntomas pueden variar de un día a otro, asegúrese de explicar el impacto de los “días malos” en el funcionamiento general de su cliente.

El esquema anterior describe los criterios clave de elegibilidad para las PCD. Su paciente/paciente debe ser capaz de proporcionarle más detalles sobre cómo le afecta su discapacidad el funcionamiento diario. Le sugerimos que devuelva el formulario de solicitud a su paciente una vez que haya completado su sección.

Gracias por su ayuda y cooperación.



Lista de Verificación de Actividades de la Vida Diaria Solicitud de Designación de Personas con Discapacidades (PCD)

Esta lista de verificación es para ayudar a los solicitantes a completar la Sección Dos de la solicitud de designación de PCD. Las reglas dicen que, para obtener beneficios por discapacidad, se debe demostrar que se necesita ayuda con las actividades de la vida diaria. La lista de verificación le ayudará a comprender qué actividades de la vida diaria son importantes y le ayudará a identificar si tiene limitaciones en estas áreas. También puede mostrarle la lista de verificación a su médico/enfermera practicante o evaluador para ayudarlo a comprender cuáles son las actividades de la vida diaria en las que necesita ayuda.

Al revisar la lista de verificación, también debe hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las actividades que tengo problemas en realizar, al menos parte del tiempo?
- Si tengo problemas parte del tiempo, ¿con qué frecuencia ocurren estos problemas?
- Si no hay nadie que me ayude, ¿qué ayuda necesito?
- Si no hay ayuda y debo hacer las cosas por mi cuenta, ¿cuánto tiempo más de lo normal se tarda en hacerlas?

Hay dos secciones al final de la lista de verificación para ayudarlo a pensar en las personas o dispositivos de asistencia que puede solicitar o de los que necesita ayuda. Si necesita ayuda de personas o dispositivos de asistencia que no están en la lista, anótelos en el espacio “Otros.”

Mi discapacidad me dificulta realizar las siguientes actividades:

1. Rutinas de cuidado personal:

- o Entrar y salir de la bañera
- o Estar de pie en la ducha
- o Estirarme hacia arriba y hacia abajo para lavarme el cuerpo o el cabello
- o Afeitarme, cepillarme los dientes, el pelo y lavarme la cara
- o Recordar o tener la motivación para hacer al menos la higiene básica todos los días
- o Prepararse para ir a la cama
- o Acostarse o levantarse de la cama
- o Vestirse

2. Preparación y planificación de las comidas:

- o Estar de pie frente al fregadero, la encimera y la estufa
- o Mover los alimentos de los estantes a las encimeras, las estufas y hornos
- o Picar, pelar, mezclar o revolver alimentos
- o Abrir latas y frascos, abrir y volver a sellar bolsas
- o Comprender recetas y etiquetas
- o Recordar sacar los alimentos de la estufa o del horno
- o Acordarse de tirar los alimentos vencidos o “arruinados”
- o Masticar y tragar
- o Recordar comer comidas regulares y alimentos saludables



3. Tomar medicamentos:

- o Recordar tomar los medicamentos correctos en las dosis correctas, en los momentos correctos
- o Pedir recetas y recordar volver a encargarlas

4. Mantener el hogar limpio:

- o Lavar los platos y guardarlos, limpiar las encimeras y el fregadero, limpiar los pisos
- o Limpiar la bañera, el inodoro, el lavabo del baño y el piso
- o Aspirar, quitar el polvo, limpiar ventanas
- o Cargar, hacer y doblar mi ropa y guardarla
- o Recordar o tener motivación para mantener mi casa limpia

5. Compras para necesidades personales:

- o Caminar por las tiendas, estar de pie el tiempo suficiente para tomar buenas decisiones en los estantes y manejarse en las filas de las cajas registradoras.
- o Elegir artículos de los estantes, cargarlos en la canasta, sacarlos de la canasta y ponerlos en el mostrador del cajero
- o Llevar las compras a casa (llevarlas al autobús, en el autobús, a mi casa, o cargarlas dentro y fuera de mi coche)
- o No ponerse ansioso, asustado, frustrado o enojado en las tiendas debido a las multitudes, la luz, el sonido y el movimiento o las largas filas.

6. Moverse en interiores y exteriores:

Adentro

- o Subir y bajar escaleras o rampas
- o Entrar y salir de muebles, incluida la cama
- o Abrir y cerrar puertas y cajones
- o Caminar de una habitación a otra
- o Agacharse para recoger cosas del suelo
- o Arrodillarse y levantarse de una posición de rodillas

Afuera

- o Caminar en terreno plano
- o Caminar sobre terrenos irregulares
- o Subir o bajar escaleras o rampas
- o Salir sin estar ansioso o asustado

7. Utilizar el transporte público o personal:

- o Caminar y pararse en la parada de autobús
- o Subir y bajar del autobús o tren
- o Estar de pie, entrar y salir de mi asiento y acordarme de bajar en mi parada
- o Entender los horarios de los autobuses o trenes



8. Manejo de las finanzas personales:

- o Entender las facturas y acordarme de pagarlas a tiempo, incluido el alquiler
- o Hacer un presupuesto para los comestibles y otras cosas que necesito
- o Dejar de comprar cosas que no necesito

Debido a mi discapacidad de salud mental:

- o Experimentar mucha ansiedad, agitación, estrés o depresión
- o Experimentar mucha confusión
- o Tener dificultad para tomar decisiones y planificar con anticipación
- o Tener dificultad para hacer primero las cosas más importantes y terminar las tareas
- o Tener dificultad para tomar decisiones racionales (buenas)
- o Tener dificultad para recordar información y recordar citas
- o Experimentar sensibilidad a la luz, el sonido y el movimiento
- o Tener dificultad para socializar sin sentirse ansioso y asustado
- o Tener dificultad para interactuar con amigos, familiares y/o mi pareja
- o Tener dificultad para interactuar con extraños en público
- o Tener dificultad para establecer y mantener relaciones con las personas
- o Tener dificultad para pedir ayuda cuando la necesito
- o Experimentar dificultad para hacer frente a situaciones inesperadas

Comunicación (Nota: los problemas con el idioma inglés no son relevantes aquí):

- o Tener dificultad para hacerme entender por los demás cuando hablo o escribo
- o Tener dificultad para entender lo que me dicen los demás
- o Tener dificultad para entender lo que leo
- o tener dificultad para escuchar lo que otros me dicen personalmente o por teléfono
- o Sentir ansiedad o miedo cuando hablo o escucho a otras personas

Recibo o necesito ayuda de:

- o Agencias comunitarias
- o Consejeros
- o Miembros de la familia
- o Amigos
- o Profesionales de la salud
- o Trabajadores de apoyo a domicilio
- o Compañeros de cuarto
- o Grupos de apoyo
- o Voluntarios
- o Otros _____



Recibo o necesito ayuda de los siguientes dispositivos de asistencia:

- Vivienda adaptada
- Ayudas para el baño
- Aparatos ortopédicos
- Dispositivo de respiración
- Bastón
- Inodoro
- Dispositivos de comunicación
- Muletas
- Dispositivo de alimentación
- Cama de hospital
- Servicios de interpretación
- Dispositivo de elevación
- Aparatos de ostomía o urología
- Prótesis
- Scooter
- Férulas
- Aparatos ortopédicos
- Ayudas para ir al baño
- Andadera
- Silla de ruedas
- Otros _____

Necesito o tengo un animal de asistencia

- Sí

**Esta Hoja de Ayuda fue preparada por Advocacy Access,
un programa de la Alianza de Discapacidad de BC.**

Gracias a la Asociación de Ciencias de la Salud de Columbia Británica y a la Fundación del Derecho de Columbia Británica por financiar las Hojas de Ayuda de Beneficios por Discapacidad de BC.

1450-605 Robson St., Vancouver, BC V6B 5J3 • Tel: 604-872-1278 • Fax 604-875-9227
Línea gratuita 1-800-663-1278 • www.disabilityalliancebc.org

La serie completa de hojas de ayuda y todas las publicaciones de DABC están disponibles gratuitamente en:
<https://disabilityalliancebc.org/publications>.



we are all
connected

