



Solicitud de Personas con Discapacidades (PCD)

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

La Alianza de Discapacidad de BC ha preparado esta Hoja de Ayuda para ayudarlo a completar el formulario de solicitud de designación del Ministerio de Desarrollo Social y Reducción de la Pobreza (MSDPR) para beneficio de Personas con Discapacidades (PCD).

Esta Hoja de Ayuda le proporciona instrucciones fáciles de seguir que lo guiarán a través del formulario de solicitud paso a paso. Incluye cartas para entregar a su médico o enfermera practicante y evaluador (profesional de la salud que debe describir su discapacidad en el formulario). También hay una lista de verificación para ayudarlo a identificar las actividades de la vida diaria con las que necesita ayuda.

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

Empecemos

Si ya recibe asistencia de ingresos, comuníquese con MSDPR al 1-866-866-0800 y solicite una solicitud para personas con discapacidad. Si aún no recibe asistencia, comuníquese con MSDPR para obtener información sobre cómo solicitar asistencia de ingresos, o consulte nuestra Hoja de ayuda 12.

Lo que obtendrá con PCD

- Recibirá hasta \$1,483 al mes si es una persona soltera sin dependientes
- Calificará para un pase de autobús mensual o un “suplemento de transporte” adicional de \$ 52 agregado a su cheque mensual (por un total de \$ 1,535 por mes)



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.



- No se esperará que busque trabajo.
- Podrá mantener hasta \$16,200 al año como ingresos por trabajo (Exención de Ingresos Anuales) si decide trabajar.
- Calificará para una variedad de suplementos para la salud.

Para obtener más información sobre la Exención de Ingresos Anuales (AEE), por sus siglas en inglés), consulte la Hoja de Ayuda 9: Empleo, Educación y Capacitación para Personas con Discapacidades.

¿Qué significa “discapacidad”?

Para calificar como PCD:

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

Además, debido a su discapacidad, necesita:

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

Solicitud más fácil para las “Clases Establecidas”

Si ya está registrado y recibe beneficios del Plan de Pensiones de Discapacidad de Canadá (CPP-D), Pharmacare Plan P (Cuidados Paliativos), Community Living BC o el programa En el Hogar (del Ministerio de Desarrollo de la Infancia y la Familia) puede acceder a un proceso de solicitud de PCD mucho más fácil. Asegúrese de informar a MSDPR si está inscrito en uno de estos programas.

Si no está inscrito en uno de estos programas, se le pedirá que llene una solicitud completa de PCD. Este proceso se describe a continuación.

La Solicitud de Designación de PCD

El formulario de solicitud de designación para PCD tiene tres secciones:

Sección Uno: es la sección que Ud. llena.

Sección Dos: es la sección que su médico o enfermera practicante completa.



Sección Tres: es la sección que un “evaluador” completa. Un evaluador puede ser:

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

Se le pide que complete las secciones del formulario de solicitud de designación en secuencia. En otras palabras, primero se debe completar la Sección Uno, luego la Sección Dos y luego la Sección Tres.

Sección Uno (Ud. debe llenarla)

Cuando vea la Sección Uno (página 3 de la solicitud) verá que dice que puede pedirle a alguien que lo ayude a completarla. Es posible que le resulte útil que un amigo, familiar o un allegado lo ayude a completarlo.

A - Información personal

Complete esta parte llenando cada casilla con su nombre, fecha de nacimiento, dirección, etc. Si no tiene teléfono, recuerde poner “sin teléfono”.

B - Condición incapacitante (su discapacidad)

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

Debido a que primero tiene que completar la Sección Uno, el médico/enfermera practicante y el evaluador pueden usarla como guía cuando ellos llenen sus secciones: Secciones Dos y Tres. Por lo tanto, es importante incluir toda la información posible sobre su discapacidad cuando responda a las preguntas B.1 y B.2.

Antes de responder a las preguntas de la Sección Uno, es una buena idea hacer un primer borrador en una hoja de papel aparte. Lea la definición de discapacidad del gobierno que se encuentra en la página 6 del formulario de PCD y luego lea el resto del formulario. Es posible que desee que otra persona, tal como un asesor 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 pueda incluir, mejor será.

B (2.) “¿Cómo afecta su discapacidad su vida y su capacidad para cuidar de sí misma?”

Piense en todas las formas en que su discapacidad hace que sea difícil o imposible hacer las cosas que necesita hacer regularmente. El Ministerio enumera las siguientes actividades en la vida diaria:

- Realizar actividades de higiene y cuidado personal (por ejemplo, bañarse)
- Preparar comidas
- Tomar medicamentos
- Mantener el hogar limpio
- Realizar compras de necesidades personales
- Moverse en interiores y exteriores
- Usar instalaciones de transporte público o personal (por ejemplo, un autobús)
- Manejar 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 para cuidar de sí mismo?”, vea 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 los días que no se sienta bien. 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 si en realidad no está 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, como bastones, férulas o barras de apoyo.

Otra cuestión en la que hay que pensar es 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 Uno, recuerde firmar y fechar el formulario.

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 Dos (para que la llene su médico o enfermera practicante)

La Sección Dos comienza con algunas instrucciones e información para su médico o enfermera practicante. Deben completar la parte de la Sección Dos que comienza en la página 9. Si tiene más de una persona que podría ayudarle, pídale a la persona que la conoce más que llene el formulario. Estas son algunas ideas generales que pueden ayudar a su médico o enfermero practicante a completar esta sección.

Haga una cita con su médico o enfermero practicante para hablar sobre el formulario.

La Sección Dos tiene muchas preguntas. La capacidad de su médico/enfermera practicante para responderlas correctamente dependerá de qué tan bien lo conozcan. Reúnase con ellos para discutir el formulario y repasar las preguntas antes de completarlo. Esto es particularmente importante si acude a una clínica ambulatoria donde su historial médico no es muy conocido.

Qué llevar consigo cuando vaya a ver a su médico o enfermero practicante:

- Su formulario de solicitud de designación de PCD con la Sección 1 completada.
- Es posible que desee fotocopiar y completar la Sección Dos y luego mostrársela a su médico para ver si dicen que está bien (DABC Advocacy Access ofrece esto como parte de su proceso de ayuda a las PCD). Si su médico está de acuerdo con lo que usted ha escrito, es posible que quieran usarlo como guía. Les facilitará el trabajo y les ayudará a entender cómo le afecta su discapacidad a diario.
- La “Carta a los médicos/enfermeras practicantes” al final de esta guía.
- Una copia de su lista de verificación completa.

Sección Tres (para que la llene su evaluador, enfermero practicante o médico)

La Sección Tres comienza con algunas instrucciones e información para el evaluador. Consulte la lista de evaluadores que puedan completar la Sección Tres que se encuentra en la página 2 de esta guía, o en la página 8 del formulario PCD. Su evaluador debe ser un profesional matriculado. Por ejemplo, si un trabajador social está llenando la Sección Tres por usted, debe estar trabajando como trabajador social para el gobierno provincial o, si está en la práctica privada, matriculado conforme a la Ley de Trabajadores Sociales. Un trabajador del Ministerio no puede actuar como evaluador. Recuerde, si no tiene un evaluador, su médico/enfermera practicante que llenó la Sección Dos también puede completar la Sección Tres.



Qué llevar consigo cuando vaya a ver a su evaluador:

- Su formulario de solicitud de designación de PCD con la Sección Uno (su sección) y la Sección Dos (informe médico) completas.
- Es posible que desee fotocopiar el formulario y completar la Sección Tres. Muestre su copia completa de la Sección Tres a su evaluador
- La “Carta a los evaluadores” al final de esta guía.
- Una copia de su lista de verificación completa.

Lista de verificación de la solicitud y envío de su solicitud

Cuando complete su solicitud de PCD, consulte la Lista de Verificación del Solicitante en la página 28 del formulario. Asegúrese de haber incluido todo. Si desea que la División de Asistencia Médica confirme que ha recibido su solicitud, ingrese su nombre y dirección en el espacio previsto debajo de la lista de verificación del cliente. **No olvide fotocopiar su formulario de solicitud completo.**

Cuando esté seguro de que todo esté completo, envíe su solicitud por correo poniéndola en el sobre que viene con el formulario. No se requiere franqueo.

Preguntas Frecuentes

A continuación, se encuentran las respuestas a las preguntas que nos hacen con frecuencia.

P: ¿Qué hago si no tengo un médico que me ayude a completar mi solicitud?

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

P: ¿Tengo que pagar para que mi médico, enfermero practicante o evaluador llene la solicitud?

R: No, el gobierno provincial paga a médicos y evaluadores para que lo hagan. Los profesionales de la salud no deben cobrarle ninguna tarifa adicional. Si intentan cobrarle, recuérdelos que el Ministerio de Salud ya les paga por esto.

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

R: El Ministerio aceptará solo a ciertos profesionales como evaluadores en su solicitud de designación de PCD. Hay una lista de profesionales aceptados en la solicitud. Pídale al médico o enfermero practicante que completó la Sección Dos 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 que se reconsidere esta decisión si se le rechaza la PCD. Tiene 20 días hábiles, a partir del día en que reciba la carta que le informa que su



solicitud ha sido rechazada, para solicitar una reconsideración. Para solicitar un formulario de reconsideración, debe llamar al (1-866-866-0800), ir a una oficina o solicitar una reconsideración en [My Self Serve](#).

Le recomendamos que se ponga en contacto con ellos tan pronto como reciba la carta de decisión de denegación de PCD. Dentro de aproximadamente 24 horas, la oficina debe armar un paquete de reconsideración que incluya el formulario de solicitud de reconsideración, una copia de su solicitud y cualquier otra información que se haya enviado con su solicitud de PCD. Recuerde incluir cualquier carta de respaldo con la solicitud de reconsideración antes de la fecha límite de 20 días hábiles. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte nuestras Hojas de Ayuda 5A y 5B.

Si no cumple con el plazo de 20 días hábiles (o le preocupa no poder cumplir con el plazo), solicite a MSDPR una extensión en, o antes de la fecha de vencimiento para maximizar su tiempo para reunir sus documentos de apoyo, cartas, etc. También tiene derecho a volver a presentar una solicitud obteniendo un nuevo formulario de solicitud de PCD si su solicitud inicial no se aceptó y tiene nueva información que puede agregar sobre su discapacidad. Si necesita ayuda con su apelación, debe comunicarse con su grupo local de apoyo.

P: ¿Los niños califican como PCD?

R: No. Debe tener 18 años 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? ¿Me pedirá el Ministerio que vuelva a solicitar la PCD en el futuro?

R: Aunque la designación de PCD no es una designación permanente, la práctica actual de MSDPR no es pedir a las personas que vuelvan a solicitar como PCD. En otras palabras, no se le pedirá que complete otra solicitud de 28 páginas.

P: ¿Tengo que estar recibiendo ayuda económica antes de solicitar para PCD?

R: No es necesario que esté recibiendo asistencia económica para solicitar PCD, pero sí debe solicitar asistencia económica antes de poder solicitar la PCD. La razón de ello es para que MSDPR pueda evaluar su situación financiera antes de que Ud. solicite la designación de PCD. Hay algunos casos en los que es posible que no sea financieramente elegible para recibir asistencia económica, pero MSDPR determinará que aún puede estar por debajo del umbral de ingresos para solicitar PCD. Por ejemplo, si sus ingresos son superiores a \$1060 por mes (monto de ayuda económica a partir de agosto de 2023), pero inferiores a \$1483.50 (monto de PCD a partir de agosto de 2023), o si sus bienes superan los \$5,000, pero son inferiores a \$100,000, entonces puede solicitar PCD. Sin embargo, en todos los casos debe pasar por el proceso de solicitud de ayuda económica antes de solicitar como PCD. Para obtener más información, consulte nuestra Hoja de ayuda 12 o comuníquese con su grupo local de apoyo. Tenga en cuenta que Alianza de Discapacidad BC no brinda asistencia con la solicitud de asistencia económica.



P: ¿Puedo solicitar para PCD si mis bienes exceden los límites permitidos para PCD (\$100,000 para una persona soltera)?

R: En algunas situaciones, puede. Por ejemplo, si no tiene ingresos, vive de sus ahorros y espera que sus bienes estén por debajo de \$100,000 en unos meses, entonces se le debe permitir solicitar para PCD.

P: ¿Cuánto tiempo tarda el Ministerio en tomar una decisión con respecto a mi solicitud de PCD?

R: Los tiempos de adjudicación pueden variar. Sin embargo, no es inusual que el Ministerio tarde dos meses o más en tomar una decisión sobre su elegibilidad para PCD.

P: ¿Se pueden acelerar las solicitudes de PCD?

R: El Ministerio a veces puede hacerlo. Si tiene una afección médica grave, es importante que se lo haga saber al Ministerio pidiendo que se acelere la solicitud cuando la presente.



Carta a los médicos/enfermeras practicantes

Estimado Doctor/Enfermera Practicante:

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

- 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, se pueden combinar perjudicando 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 para 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, 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 para 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 necesite ayuda, pero no esté 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 afecta su discapacidad el 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 Tres, el Informe del Evaluador, debe ser completada por el médico, la enfermera o un evaluador calificado del solicitante (la lista de profesionales con licencia que pueden completar el informe del evaluador se encuentra en la página 14 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 discutir 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 severo** que restrinja significativamente su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, ya sea de manera continua o periódica durante períodos prolongados, y como resultado de esta discapacidad, se debe demostrar que es necesario la ayuda significativa de otras personas o de 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 para 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 su cuenta. **Se puede considerar que una persona necesita ayuda, aun cuando no disponga de la ayuda.** Alguien con una afección de salud mental, por ejemplo, puede ser marginado y aislado, pero se le puede negar 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 la duración de sus limitaciones**. Si tienen 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 cliente/paciente debe ser capaz de proporcionarle más detalles sobre cómo afecta su discapacidad su 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 Uno de la solicitud de designación de PCD. Las reglas establecen que para obtener beneficios por discapacidad debe demostrar que necesita ayuda con las actividades de la vida diaria. La lista de verificación le ayudará a entender qué actividades de la vida diaria el Ministerio considera importantes y le ayudará a identificar si tiene limitaciones en estas áreas. También puede mostrárselo a su médico, enfermero practicante o evaluador para ayudarlo a comprender con qué actividades de la vida diaria necesita ayuda.

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

- ¿Qué actividades 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 tardo en hacerlo?
- Si el dinero (no tener suficiente) y la vivienda (no tener mi propia cocina y baño) no fueran preocupaciones, ¿estaría restringido con las rutinas de cuidado personal, preparación de comidas y alimentación, y el manejo de las finanzas personales?

Hay dos secciones al final de la lista de verificación para ayudarlo a pensar en las personas o dispositivos de asistencia que puede estar recibiendo 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 pararse en la ducha
- o estirarme hacia arriba y hacia abajo para lavarme el cuerpo o el cabello
- o afeitarme, cepillarme los dientes, el cabello y lavarme la cara
- o recordar o tener la motivación para hacer al menos una higiene básica todos los días
- o prepararse para ir a la cama
- o acostarse o levantarse de la cama
- o vestirse



2. Preparación y consumo de comidas:

- o de pie frente al fregadero, la encimera y la estufa
- o mover los alimentos de los estantes a las encimeras, a las estufas y hornos
- o picar, pelar, mezclar o revolver alimentos
- o abrir latas y frascos, abrir y volver a sellar bolsas
- o entender recetas y etiquetas
- o acordarse de sacar los alimentos de la estufa o del horno
- o acordarse de tirar los alimentos vencidos o “arruinado”
- o masticar y tragar
- o recordar o tener motivación para comer comidas regulares y alimentos saludables

3. Tomar medicamentos:

- o Recordar tomar los medicamentos correctos, en las dosis correctas, en los momentos correctos
- o Solicitar recetas a la farmacia y recordar volver a solicitarlas

4. Mantener la casa limpia:

- 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 las ventanas
- o cargar, lavar y doblar mi ropa y guardarla
- o recordar o tener la motivación de 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



Al aire libre

- caminar en terreno llano
- caminar sobre terrenos irregulares
- subir o bajar escaleras o rampas
- salir sin estar ansioso o asustado

7. Usar el transporte público o personal:

- caminar y pararse en la parada de autobús
- subir y bajar del autobús o tren
- de pie, entrar y salir de mi asiento y recordar bajarme en mi parada
- comprender los horarios de los autobuses o trenes

8. Manejo de las finanzas personales:

- entender las facturas y acordarse de pagarlas a tiempo, incluido el alquiler
- hacer un presupuesto para comestibles y otras cosas que necesite
- dejar de comprar cosas que no necesite

Debido a mi discapacidad de salud mental:

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

Comunicación (Nota: las cuestiones relacionadas con el idioma inglés no son relevantes aquí)

- tener dificultad para hacerme entender por los demás cuando hablo o escribo.
- tener dificultad para entender lo que otros me dicen
- tener dificultad para entender lo que leo
- tener dificultad para escuchar lo que otros me dicen en persona o por teléfono
- sentirme ansioso o asustado cuando hablo o escucho a otras personas



Recibo o necesito ayuda de:

- agencias comunitarias
- consejeros
- miembros de la familia
- amigos
- profesionales de la salud
- trabajadores de apoyo a domicilio
- compañeros de cuarto
- grupos de apoyo
- voluntarios
- 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 o aparatos ortopédicos
- ayudas para ir al baño
- andador
- 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

