

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**

Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

SPO.01-01-20.06-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2020

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 8 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
7. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
8. Jeżeli w zadaniu egzaminacyjnym występuje polecenie „zgłoś gotowość do oceny przez podniesienie ręki”, to zastosuj się do polecenia i poczekaj na decyzję przewodniczącego zespołu nadzorującego.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
10. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

** w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość*

Zadanie egzaminacyjne

Na podstawie informacji o osobie podopiecznej* zawartych w arkuszu egzaminacyjnym sporządź wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej oraz wypełnij, w imieniu osoby podopiecznej, wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Do opracowania zadania wykorzystaj formularze zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym. Za datę wypełnienia wniosku przyjmij datę egzaminu.

Wykonaj mycie głowy osobie podopiecznej leżącej w łóżku. Czynności wykonaj na fantomie osoby dorosłej traktując go jako osobę podopieczną. Komunikuj się z osobą podopieczną cicho, by nie przeszkadzać innym zdającym.

Przed przystąpieniem do wykonania czynności praktycznych, zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego gotowość do ich wykonania. Po uzyskaniu zgody przystąp do pracy. Czynności na fantomie wykonaj w czasie nie dłuższym niż 40 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN przerwie Ci wykonywanie czynności słowami „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny przez egzaminatora.

Do wykonania zadania wykorzystaj sprzęt, materiały i środki udostępnione na stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. Postępuj zgodnie z procedurami, uwzględniając zasady ergonomii oraz przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy.

Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko pracy. Arkusz egzaminacyjny z wypełnioną dokumentacją pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym.

** Dane osoby podopiecznej i informacje o niej są fikcyjne i zostały przygotowane na potrzeby egzaminu.*

Informacje o osobie podopiecznej

(udostępnione przez osobę podopieczną i uzyskane na podstawie wywiadu i obserwacji)

I. Dane osoby podopiecznej		
1	Nazwisko	Krzak
2	Imię	Małgorzata
3	Data i miejsce urodzenia	12.06.1957 r. Katowice
4	Seria i numer dowodu osobistego	CIS 011223
5	PESEL	57061233427
6	Adres zamieszkania, numer telefonu	40-750 Katowice, ul. Kalinowa 28d/53 tel. 603 205 987
7	Numer konta osobistego	12 1334 5000 1334 4000 1445 1556
8	Dochody rodziny	Źródłem utrzymania rodziny, od wielu miesięcy, jest (netto): - renta okresowa podopiecznej (Małgorzaty Krzak) z tytułu częściowej niezdolności do pracy w wysokości 1100,00 zł, - emerytura matki (Barbary Krzak) w wysokości 2760,00 zł
II. Opis sytuacji osoby podopiecznej		
9	Sytuacja rodzinna	Pani Małgorzata mieszka wspólnie z 80-letnią matką Barbarą Krzak, która jest na emeryturze i pomaga córce. Obecnie matka ma założony opatrunek gipsowy na kończynę górną prawą. Starsza siostra, wraz z rodziną mieszka w odległej o 120 km miejscowości i w weekendy wspiera siostrę pomocą.
10	Sytuacja mieszkaniowa	Pani Małgorzata mieszka na IV piętrze w bloku z windą. Mieszkanie to 2 pokoje z kuchnią i łazienką. Zarówno blok jaki i mieszkanie są dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej.
11	Sytuacja zdrowotna	Pani Małgorzata Krzak choruje na nadciśnienie tętnicze. Pół roku temu przebyła udar niedokrwienny mózgu. Pomimo przeprowadzonej rehabilitacji pozostał niedowład połowiczy prawostronny. Pani Małgorzata ma orzeczony (na okres 3 lat) umiarkowany stopień niepełnosprawności. Obecnie rozumie mowę, ale wypowiada się powoli. Większość czasu spędza w łóżku. Wymaga pomocy przy przesadzaniu z łóżka na fotel. W skali Norton otrzymała 11 pkt. Samodzielnie nie zmienia pozycji, ale chętnie współpracuje. Pani Małgorzata wymaga pomocy drugiej osoby w utrzymaniu higieny całego ciała. Sama myje zęby, lecz nie potrafi wycisnąć pasty z tuby. Nie jest w stanie samodzielnie ubrać się i rozebrać ani umyć głowy. Posiłki spożywa samodzielnie, ale nie jest w stanie pokroić mięsa i posmarować pieczywa. Pije niechętnie. W ciągu dnia kontroluje i sygnalizuje oddawanie moczu i stolca. W nocy zdarza jej się popuścić mocz do łóżka. Pani Małgorzata ma świadomość swojej choroby, niepokoi się o swoje zdrowie i przyszłość. Jest smutna i często płacze. Uskarża się na ciągłe zmęczenie, często śpi w ciągu dnia, nie może spać w nocy. Nie ma kontaktów z koleżankami i dalszą rodziną. Trzy razy w tygodniu rehabilitant ćwiczy z podopieczną.
12	Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne i sprzęt ortopedyczny	Z powodu nietrzymania moczu wymaga korzystania z pieluchomajtek (otrzymuje refundację z NFZ). Dla pani Małgorzaty konieczny jest zakup wózka inwalidzkiego ręcznego. Całkowity koszt sprzętu – 2000,00 zł. Na podstawie zlecenia od lekarza neurologa wczoraj otrzymała decyzję o refundacji z NFZ w kwocie 600,00 zł. Chciałaby otrzymać dofinansowanie ze środków PFRON na zakup wózka ręcznego, przelewem na osobiste konto bankowe.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

oraz

przebieg mycia głowy w waniencie pneumatycznej/basenie pneumatycznym osobie podopiecznej leżącej w łóżku.

Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej	Potrzeby osoby podopiecznej

Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej	Potrzeby osoby podopiecznej

Wniosek** o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

1. Dane osobowe Wnioskodawcy:			
Imię i nazwisko		Data i miejsce urodzenia	
Numer PESEL		Seria i numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania (z kodem pocztowym)		Telefon kontaktowy	
2. Posiadane orzeczenie: (należy wstawić [X] w odpowiednim polu)			
☐ znaczny stopień niepełnosprawności ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności ☐ lekki stopień niepełnosprawności ☐ o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) ☐ inwalida I grupy ☐ inwalida II grupy ☐ inwalida III grupy			
3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy: (należy wstawić [X] w odpowiednim polu)			
☐ zatrudniony/pracujący ☐ prowadzący działalność gospodarczą ☐ zatrudniony w zakładzie pracy chronionej ☐ osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca ☐ dziecko lub młodzież do lat 18 ☐ bezrobotny poszukujący pracy ☐ rencista ☐ emeryt			
4. Nazwa przedmiotu, o którego dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca: (należy wstawić [X] w odpowiednim polu)			
☐ wózek inwalidzki dziecięcy ☐ wózek inwalidzki ręczny ☐ buty ortopedyczne ☐ worki stomijne ☐ balkonik ☐ nebulizator ☐ peruka ☐ inne.....			
5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:			
Uwaga! Do dochodu <u>nie wlicza się</u> świadczenia pielęgnacyjnego, dodatku i zasiłku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych			
Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Miesięczny dochód netto [zł]
Dane dotyczące Wnioskodawcy			

Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą			

6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi..... zł,
a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi.....zł.
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

7. Forma przekazania dofinansowania: (należy wstawić [X] w odpowiednim polu)

☐ Wyrażam zgodę na wypłatę dofinansowania w kasie

☐ Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto osobiste

Numer konta bankowego:

- - - - -

Data wypełnienia wniosku	-- -- ---- dd mm rrrr	Podpis Wnioskodawcy	xxxxxxxxxxxxxx
---------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------

**** Formularz wniosku został przygotowany na potrzeby egzaminu.**

