

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

Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**

Numer zadania: **02**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego\*

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

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

SPO.01-02-20.06-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 9 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<sup>1)</sup> zawartych w arkuszu egzaminacyjnym sporządź wykaz problemów osoby podopiecznej oraz wykaz działań opiekuńczo-wspierających adekwatnych do zdiagnozowanych problemów oraz wypełnij, w imieniu osoby podopiecznej, wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Do opracowania zadania wykorzystaj formularze zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym.

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.

<sup>1)</sup> 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**

Imię i nazwisko: *Edward Paliwoda*

Data i miejsce urodzenia: *26.09.1961 r., Poznań*

Seria i numer dowodu osobistego: *ABC 123456*

PESEL: *61092620013*

Imiona rodziców: *Jan, Józefa*

Adres zamieszkania: *61-896 Poznań, ul. Towarowa 41d/28*

Numer telefonu: *510 500 883*

Stan cywilny: *wdowiec*

Dzieci: *nie ma*

### **II. Sytuacja zdrowotna**

*Pan Edward pół roku temu wskutek wypadku na budowie stracił obie kończyny dolne (amputacja kończyn powyżej kolana) i dwa palce prawej ręki. Posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - jest czasowo całkowicie niezdolny do pracy. Porusza się na wózku inwalidzkim. Ma zleconą rehabilitację w zakresie narządu ruchu - 2 razy w tygodniu.*

*Podopieczny jest leczony z powodu nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii. Ma zlecone leki doustne. Posiada stwierdzony umiarkowany niedosłuch ucha prawego i zalecenie stosowania aparatu słuchowego.*

### **III. Sytuacja mieszkaniowa**

*Mieszkanie własnościowe spółdzielcze, na I piętrze w 8-piętrowym budynku wielorodzinnym. W budynku jest winda i podjazd dla wózków inwalidzkich. Ilość pomieszczeń: 2 pokoje, kuchnia, łazienka, przedpokój. Mieszkanie wyposażone w instalacje: elektryczną, gazową, kanalizacyjną, centralnego ogrzewania, ciepłej i zimnej wody. W mieszkaniu znajduje się sprzęt gospodarstwa domowego: pralka, lodówka, radio, telewizor. Mieszkanie nie jest dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej po amputacji kończyn dolnych, poruszającej się na wózku inwalidzkim. Wąskie drzwi do pomieszczeń, szczególnie do łazienki (szer. 70 cm) i progi w przejściach utrudniają swobodne poruszanie się po mieszkaniu. Wanna jest stara i zniszczona, umywalka zawieszona zbyt wysoko, brak uchwytów pomagających w korzystaniu z sedesu i innych urządzeń sanitarnych. Mieszkanie jest zaniedbane, wymaga pilnego remontu i dostosowania do potrzeb osoby po amputacji kończyn dolnych, poruszającej się na wózku inwalidzkim.*

*Wymagana jest: likwidacja progów, poszerzenie otworów drzwiowych, zakup i zamontowanie szerszych ościeżnic i drzwi do pomieszczeń w mieszkaniu, demontaż wanny, zakup i zamontowanie kabiny prysznicowej i krzeselka prysznicowego, zakup i zamontowanie uchwytów w łazience przy sedesie i pod prysznicem, wyprofilowanie podłogi, zamontowanie kratki odpływowej.*

*Planowany, przybliżony koszt remontu uwzględniający koszty zakupu materiałów i wykonania usługi wynosi 10000,00 zł.*

*Wskazana jest pomoc finansowa w przeprowadzeniu remontu mieszkania. Pan Edward dotychczas nie korzystał ze środków PFRON.*

#### **IV. Sytuacja zawodowa i materialna**

Wykształcenie: *średnie.*

Zawód: *technik budownictwa.*

Zatrudnienie: *Przedsiębiorstwo Budownictwa Przemysłowego, Poznań, ul. Stara 24.*

*Obecnie pan Edward przebywa na okresowej 2-letniej rencie chorobowej.*

*Wysokość świadczenia rentowego netto: 2241,83 zł. Innych źródeł dochodu nie posiada.*

#### **V. Oczekiwania osoby podopiecznej**

*Pan Edward prosi o pomoc w wypełnieniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.*

#### **VI. Ocena sytuacji osoby podopiecznej**

*Pan Edward jest osobą samotną, nie posiada najbliższej rodziny. Jest pogodzony z niepełnosprawnością, ale nie radzi sobie z czynnościami dnia codziennego. Ma trudności z samodzielnym wykonywaniem czynności porządkowych, toaletą ciała, robieniem zakupów oraz dotarciem na zabiegi rehabilitacyjne. Nie zawsze przyjmuje zlecone leki, bo nie ma ich kto wykupić, nie korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych. Nie utrzymuje żadnych kontaktów sąsiedzkich i towarzyskich. Nie ma zainteresowań. Mężczyzna jest wychudzony, zaniedbany, ma trudności z samodzielnym przebieraniem się, stwierdzono brak czystej odzieży.*

*Zalecana jest pomoc w zakresie: utrzymania higieny osobistej i otoczenia, robienia zakupów i wykupienia leków, załatwiania spraw urzędowych, dotarcia do lekarza i do ośrodka rehabilitacji dziennej, pomoc w przygotowywaniu posiłków.*

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.**

**Ocenić podlegać będą 2 rezultaty:**

- wykaz problemów osoby podopiecznej oraz wykaz działań opiekuńczo-wspierających adekwatnych do zdiagnozowanych problemów osoby podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

oraz

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

**Wykaz problemów osoby podopiecznej oraz wykaz działań opiekuńczo-wspierających adekwatnych do zdiagnozowanych problemów osoby podopiecznej**

<b>Problemy osoby podopiecznej</b>	<b>Działania opiekuńczo-wspierające</b>

**Wykaz problemów osoby podopiecznej oraz wykaz działań opiekuńczo-wspierających adekwatnych do zdiagnozowanych problemów osoby podopiecznej**

<b>Problemy osoby podopiecznej</b>	<b>Działania opiekuńczo-wspierające</b>

## WNIOSEK<sup>2)</sup>

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

**Wnioskodawca** (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka\* .....  
imię i nazwisko imię ojca

nr PESEL..... nr telefonu .....

miejsowość..... kod pocztowy..... ulica.....nr ... ..m.....  
*dokładny adres*

#### I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik\*\*

##### 1. znaczny:

- inwalida I grupy
- osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji
- osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- osoba w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny

##### 2. umiarkowany:

- inwalida II grupy
- osoba całkowicie niezdolna do pracy
- inwalida III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę

##### 3. lekki:

- inwalida III grupy
- osoba częściowo niezdolna do pracy
- osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym

#### II. Rodzaj niepełnosprawności\*\*

- dysfunkcja narządu ruchu: osoby poruszające się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni, rąk, nóg
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- deficyt rozwojowy (niepełnosprawność intelektualna)

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* *wstawić [X] we właściwej rubryce*

### III. Sytuacja zawodowa\*\*

- zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\*
- osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- bezrobotny poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\*
- rencista\*/ emeryt\* niezainteresowany podjęciem pracy
- dziecko lub młodzież do lat 18

### IV. Rodzaj źródła utrzymania\*\*

- wynagrodzenie za pracę
- przychody z działalności gospodarczej
- renta stała\*/emerytura\*
- renta okresowa\*/szkoleniowa\*
- zasiłek dla bezrobotnych
- alimenty\*/inne\*

### V. Sytuacja mieszkaniowa\*\*

1. dom: jednorodzinny , wielorodzinny prywatny , wielorodzinny komunalny , wielorodzinny spółdzielczy
2. budynek parterowy , piętrowy , mieszkanie na ..... piętrze (podać numer piętra)
3. opis mieszkania: liczba pokoi ....., z kuchnią , bez kuchni , z łazienką , bez łazienki
4. łazienka wyposażona w: wannę , brodzik , kabinę prysznicową , umywalkę , sedes
5. instalacje w mieszkaniu: wody zimnej , wody ciepłej , kanalizacji , centralnego ogrzewania , gazowa , elektryczna
6. Wnioskodawca mieszka: samotnie , z rodziną , z osobą niespokrewnioną

### VI. W okresie ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym złożono wniosek o dofinansowanie, miesięczny dochód (netto) przypadający na jedną osobę pozostającą w moim gospodarstwie domowym wynosi ..... zł

### VII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON\*\*

Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON: TAK , NIE

Rok otrzymania dofinansowania ..... Wysokość przyznanego dofinansowania ..... [zł]

### VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wstawić X we właściwej rubryce



**IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- X. Koszt realizacji przedsięwzięć (koszt całkowity) ..... zł**  
**XI. Wnioskowana kwota dofinansowania (95%) wynosi ..... zł**  
**XII. Deklarowane środki własne (5%) wynoszą ..... zł**

Upředzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 §1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, późn. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....  
(podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

\* *niepotrzebne skreślić*

<sup>2)</sup> *Formularz wniosku został przygotowany na potrzeby egzaminu.*