

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

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.08**

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.

MS.08-01-21.01-SG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2021

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2017**

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 przełącz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 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 wliczony do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisz 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 podopiecznym* zawartych w arkuszu egzaminacyjnym opracuj wykaz działań wspierających podopiecznego oraz wypełnij w jego imieniu *Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.*

Formularze do opracowania dokumentacji są zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym.

Następnie niesamodzielnemu podopiecznemu leżącemu w łóżku wykonaj mycie pośladków oraz zmianę pieluchomajtek i spodni od piżamy. Czynności wykonaj na fantomie osoby dorosłej, traktując go jak osobę podopieczną. Kontaktuj się z podopiecznym cicho, aby 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 45 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN przerwie Ci wykonywanie czynności słowami „czas minął” oznaczający zakończenie procesu oceny przez egzaminatora.

Postępuj zgodnie z procedurami, uwzględniając przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko pracy, a arkusz egzaminacyjny z wypełnioną dokumentacją pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym.

INFORMACJE O PODOPIECZNYM*

I. Dane podopiecznego:

| | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Imię i nazwisko | Krzysztof Beniowski |
| 2. Data urodzenia | 21.10.1972 r. |
| 3. Imiona rodziców | Tadeusz, Urszula |
| 4. Pesel | 72102112399 |
| 5. Seria i nr dowodu osobistego | BNV 213412 |
| 6. Adres zamieszkania | 61-444 Poznań, ul. Kamienna 12 m. 5 |
| 7. Telefon | +48 303 111 222 |

II. Szczegółowe informacje o podopiecznym i członkach rodziny:

| Lp. | Imię i nazwisko | Zawód/status na rynku pracy | Źródło dochodu /zatrudnienie | Wysokość dochodu netto |
|-----|---------------------|--|--|------------------------|
| 1. | Krzysztof Beniowski | Monter, orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | renta chorobowa z tytułu niezdolności do pracy | 1157,14 zł |
| 2. | Anna Beniowska | Kelnerka - pracuje zawodowo w systemie dwuzmianowym | umowa o pracę/ restauracja <i>Goplana</i> | 2270,50 zł |
| 3. | Kamil Beniowski | chodzi do szkoły podstawowej | - | - |
| 4. | Iga Beniowska | chodzi do przedszkola | - | - |

III. Stałe wydatki miesięczne w rodzinie (suma wydatków): 1550,00 zł

IV. Sytuacja mieszkaniowa podopiecznego:

| | | | |
|----|--|---|---|
| 1. | Ogólne warunki zamieszkania | I piętro, winda, podjazd dla wózków inwalidzkich | |
| 2. | Liczba izb | 2 pokoje, kuchnia | |
| 3. | Stan utrzymania mieszkania | czyste, zadbane | |
| 4. | Sprzęty gospodarstwa domowego w mieszkaniu | <u>Wyposażenie:</u> pralka, lodówka, telewizor, radio | <u>Braki:</u> zepsuty odkurzaczy |
| 5. | Czy mieszkanie dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej? | <u>Dostosowania:</u> zlikwidowane progi | <u>Braki:</u> mała łazienka, głęboka wanna /brak brodzika, brak uchwytów przy sedesie, umywalce, wannie |

V. Sytuacja zdrowotna i psychofizyczna podopiecznego:

Rok temu na skutek upadku z wysokości pan Krzysztof doznał uszkodzenia kręgosłupa na wysokości L₄-L₅ z porażeniem kończyn dolnych. Po rehabilitacji ruchowej, od 2 miesięcy przebywa w domu. Porusza się na wózku inwalidzkim. Nie jest pogodzony z sytuacją, ma poczucie odrzucenia i izolacji, skupia się na swojej niepełnosprawności, unika kontaktów ze znajomymi i dalszą rodziną. Jest pod opieką psychologa. Występują u niego zaburzenia widzenia spowodowane pourazowym odklejaniem siatkówki oraz przewlekłe bóle głowy. Ma problemy z czytaniem oraz pisaniem, nie może majsterkować, co było jego głównym zainteresowaniem przed wypadkiem. Pan Krzysztof ma zalecone unikanie większego wysiłku fizycznego. Jest objęty leczeniem neurologicznym i okulistycznym; w niedalekiej przyszłości planowany jest zabieg okulistyczny. Podczas poruszania się na wózku poza mieszkaniem wymaga pomocy z uwagi na zaburzenia widzenia; nie może samodzielnie wychodzić z domu oraz wspierać żony, np. w odbieraniu dziecka z przedszkola czy robieniu zakupów. Uszkodzona funkcja zwieraczy odbytu i cewki moczowej zmusza go do korzystania z pieluchomajtek, wymaga też pomocy przy ich zmianie. Jest samodzielny w zakresie wykonywania codziennej toalety twarzy i górnych partii ciała, ubieraniu się w zakresie górnych części bielizny i garderoby, przechodzeniu na wózek inwalidzki.

VI. Potrzeby i oczekiwania podopiecznego:

Podopieczny wymaga pomocy w wykonywaniu toalety ciała w obszarze dolnych partii ciała, kąpieli, ubierania i zdejmowania dolnych części odzieży i bielizny osobistej, asystowania w załatwianiu spraw urzędowych, dotarciu na wizyty do lekarzy specjalistów i na terapię psychologiczną. Chciałby dostosować łazienkę do swoich potrzeb, zlikwidować wannę i zamontować kabinę prysznicową. Potrzebuje wsparcia finansowego, bo koszt modernizacji łazienki wynosi 6000,00 zł. Dotychczas nie korzystał z pomocy finansowej opieki społecznej i innych instytucji. Ze środków PFRON możliwe jest dofinansowanie w wysokości 95%

**Dane podopiecznego, jego rodziny i informacje zawarte w opisie są fikcyjne i zostały przygotowane na potrzeby egzaminu.*

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- wykaz działań wspierających podopiecznego,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

oraz

przebieg zdejmowania spodni od piżamy, mycia pośladków, zmiany pieluchomajtek oraz zakładania czystych spodni od piżamy niesamodzielnemu podopiecznemu leżącemu w łóżku.

WYKAZ DZIAŁAŃ WSPIERAJĄCYCH PODOPIECZNEGO

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej (modyfikacja wniosku wykonana na potrzeby egzaminu)

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami):

..... data urodzenia:
imię i nazwisko

seria: nr: nr PESEL:
dowód osobisty

nr kodu: - miejscowość: ulica:

nr domu: nr lokalu: telefon:

I. A. Stopień niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

| | |
|------------------------------------|--|
| 1. znaczny (inwalida I grupy) | |
| 2. umiarkowany (inwalida II grupy) | |
| 3. lekki (inwalida III grupy) | |

I. B. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

| | |
|---|--|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | |
| 2. inna dysfunkcja narządu ruchu | |
| 3. dysfunkcja narządów słuchu i mowy | |
| 4. deficyt rozwojowy (niepełnosprawność intelektualna) | |
| 5. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia | |

II. Sytuacja zawodowa (wstawić X we właściwej rubryce)

| | |
|--|--|
| 1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą* | |
| 2. osoba w wieku od 18-24 lat ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca* | |
| 3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy* | |
| 4. rencista*/emeryt* niezainteresowany podjęciem pracy | |
| 5. dzieci i młodzież do lat 18 | |

* niepotrzebne skreślić

III. A. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje (wstawić X we właściwej rubryce)

| | |
|--------------------------------|--|
| 1. samotnie | |
| 2. z rodziną | |
| 3. z osobami niespokrewnionymi | |

III. B. Sytuacja mieszkaniowa – opis mieszkania

1. opis mieszkania: pokoje.....(podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*
2. łazienka jest wyposażona w wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*

* niepotrzebne skreślić

IV. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy
(wstawić X we właściwej rubryce)

| | |
|-----------------------|--|
| 1. poniżej 100,00 zł | |
| 2. 101,00 – 200,00 zł | |
| 3. 201,00 – 300,00 zł | |
| 4. 301,00 – 400,00 zł | |
| 5. 401,00 – 500,00 zł | |
| 6. 501,00 – 600,00 zł | |
| 7. 601,00 – 700,00 zł | |
| 8. 701,00 – 800,00 zł | |
| 9. powyżej 800,00 zł | |

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych (wstawić X we właściwej rubryce)

| | |
|--------------------|--|
| 1. nie korzystałem | |
| 2. korzystałem | |

VI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

Cyframi:

(słownie: zł)

VII. Cel dofinansowania:

.....

.....