

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.01-01-21.06-SG

## **EGZAMIN ZAWODOWY**

**Rok 2021**

**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 przełącz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 7 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 osoby podopiecznej oraz zaplanuj sposoby realizacji wsparcia osoby podopiecznej,
- 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.

Na fantomie osoby dorosłej, traktując go jako osobę podopieczną, wykonaj mycie głowy osobie podopiecznej leżącej w łóżku. 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 oceniania przez egzaminatora.*

Do wykonania zadania wykorzystaj sprzęt, materiały i środki udostępnione na indywidualnym 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 do pisania.

*\* 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)

1	Nazwisko i imię	Nowacka Maria
2	Seria i numer dowodu osobistego	CIP 143512
3	Nr PESEL	56050110341
4	Adres zamieszkania	20-312 Olkusz, ul. Parkowa 14 m 6
5	Źródło utrzymania – rodzaj świadczenia	emerytura pracownicza
6	Dochód rodziny – miesięcznie, netto	1817,57 zł
7	Dochód na osobę w rodzinie – miesięcznie, netto	1817,57 zł

Podopieczna 4 lata temu przeszła zabieg prawostronnej radykalnej mastektomii. Przebywa pod stałą opieką poradni onkologicznej. W 2014 r. otrzymała orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Ma znacznie upośledzoną ostrość widzenia z powodu zaćmy oraz znaczny ubytek słuchu. Lekarz wystawił zlecenie na aparat słuchowy, którego jeszcze nie zakupiła z powodu braku środków finansowych. Podopieczna chciałaby uzyskać dofinansowanie zakupu aparatu słuchowego ze środków PFRON, ale nie jest w stanie samodzielnie wypełnić wniosku i nie wie, jakie kroki powinna poczynić w celu uzyskania dofinansowania. Dotychczas nie korzystała ze środków PFRON.

Pani Maria choruje na nadciśnienie tętnicze i musi stale przyjmować leki, o których czasem zapomina. Do dnia dzisiejszego, po zabiegu mastektomii utrzymuje się obrzęk limfatyczny i drętwienie prawej kończyny górnej oraz ból i kłucie w prawym boku. Podopieczna niechętnie wykonuje ćwiczenia zlecone przez lekarza rehabilitacji medycznej. Często traci siłę w prawej ręce i nie może utrzymać w niej przedmiotów. Dolegliwości te nasilają się po wysiłku. Ma trudności z samodzielnym wykonywaniem toalety ciała, myciem głowy, noszeniem zakupów oraz wykonywaniem czynności porządkowych. Od kilku dni z powodu osłabienia i silnych zawrotów głowy przebywa w łóżku.

Półtora roku temu zmarł mąż pani Marii, który bardzo wspomagał ją w czynnościach domowych i wspierał w chorobie. Od śmierci męża ma obniżony nastrój, ciężko przeżywa samotność. Nie ma dzieci ani bliskich krewnych, a z dalszą rodziną nie utrzymuje kontaktu. Wcześniej pracowała jako nauczyciel w szkole podstawowej, obecnie ze znajomymi z pracy utrzymuje jedynie okazjonalne kontakty.

Podopieczna mieszka w kamienicy w 1-pokojowym mieszkaniu z kuchnią i łazienką. Mieszkanie jest wyposażone we wszystkie niezbędne urządzenia.

Pani Maria bardzo lubiła wycieczki za miasto i długie spacery z psem. Choroba oraz śmierć męża spowodowały, że od dłuższego czasu wolne chwile spędza w domu. Lubi szydełkować, ale z powodu zaćmy nie może tego robić. Brak możliwości realizacji zainteresowań wpływa na obniżenie nastroju podopiecznej.

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

**Ocenić będą 2 rezultaty:**

- wykaz problemów osoby podopiecznej oraz planowane sposoby realizacji wsparcia 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 OSOBY PODOPIECZNEJ ORAZ PLANOWANE SPOSOBY REALIZACJI  
WSPARCIA OSOBY PODOPIECZNEJ**

<b>Wykaz problemów osoby podopiecznej</b>	<b>Planowane sposoby realizacji wsparcia osoby podopiecznej</b>

<b>Wykaz problemów osoby podopiecznej</b>	<b>Planowane sposoby realizacji wsparcia osoby podopiecznej</b>

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze\*\***

**Dane Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

Nr PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

*Właściwe dane zaznacz wstawiając w odpowiednie pole  znak X*

<b>Stopień niepełnosprawności</b>	<b>Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy</b>
<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> zatrudniony
<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> bezrobotny
<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> emeryt
	<input type="checkbox"/> uczeń/student
<b>Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy</b>	<b>Dochód na jednego członka rodziny – miesięcznie, netto</b>
<input type="checkbox"/> mieszka samotnie	<input type="checkbox"/> 100 – 500 zł
<input type="checkbox"/> mieszka z rodziną	<input type="checkbox"/> 501 – 800 zł
<input type="checkbox"/> mieszka z osobami niespokrewnionymi	<input type="checkbox"/> 801 – 1000 zł
	<input type="checkbox"/> 1001 – 1200 zł
	<input type="checkbox"/> powyżej 1201 zł
<b>Źródła utrzymania</b>	<b>Korzystanie ze środków PFRON</b>
<input type="checkbox"/> umowa o pracę	<input type="checkbox"/> nie korzystał
<input type="checkbox"/> emerytura	<input type="checkbox"/> korzystał
<input type="checkbox"/> zasiłki z pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> inne	

**Rodzaj wnioskowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:**

.....

**Uzasadnienie dofinansowania:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Data wypełnienia wniosku**

XXXXXXXXXX

**Podpis Wnioskodawcy**

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