

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

Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**

Numer zadania: **03**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120** minut.

SPO.01-03-21.06-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 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 podopiecznej¹⁾ zawartych w arkuszu egzaminacyjnym:

- sporządź wykaz problemów i potrzeb 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.

Wykonaj przemieszczenie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki. 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 do pisania.

¹⁾ 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)

Dane osobowe:

Imię i nazwisko: *Ewelina Ziębicka*

PESEL: *83041108527*

Seria i numer dowodu osobistego: *BBC 871366*

Data i miejsce urodzenia: *11.04.1983 r., Warszawa*

Adres zamieszkania: *31-422 Kraków, ul. Nadrzeczna 149 m 221*

Numer telefonu: *12 410 31 20*

Nr konta bankowego: *12 1011 1234 5656 5656 0000 0000*

Sytuacja mieszkaniowa:

Pani Ewelina mieszka z mężem Wiktorem Ziębickim oraz dwoma synami: 12-letnim Pawłem Ziębickim i 13-letnim Piotrem Ziębickim, w domku jednorodzinnym. Dom jest przystosowany do potrzeb osoby niepełnosprawnej, posiada rampę podjazdową do wózków inwalidzkich.

Sytuacja zawodowa i materialna:

Wykształcenie: wyższe, zawód: nauczyciel plastyki. Obecnie nie pracuje.

Źródłami utrzymania rodziny są (netto):

- renta podopiecznej w wysokości - 1245,00 zł,
- zasiłek pielęgnacyjny w wysokości - 215,84 zł,
- dochód męża podopiecznej w wysokości - 1960,00 zł,
- świadczenie wychowawcze 500 plus w wysokości - 1000,00 zł.

W takich kwotach, od pół roku, wszystkie świadczenia wypłacane są regularnie co miesiąc.

Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne:

Pani Ewelina posiada stary wózek inwalidzki, którym może poruszać się wyłącznie po mieszkaniu. Konieczny jest zakup nowego wózka inwalidzkiego ręcznego aluminiowego. Całkowity koszt sprzętu wynosi 1700,00 zł.

Na podstawie zlecenia lekarza specjalisty otrzymała wczoraj refundację z NFZ w kwocie 600,00 zł. Chciałaby otrzymać dofinansowanie ze środków PFRON zakupu nowego wózka. Podczas ostatniej wizyty poprosiła asystenta o pomoc w załatwieniu formalności i przygotowaniu odpowiedniego wniosku.

Kwotę dofinansowania chciałaby otrzymać przelewem na osobiste konto bankowe.

Sytuacja zdrowotna i społeczna:

Pani Ewelina od 9 lat choruje na stwardnienie rozsiane. Ostatni rzut choroby spowodował niedowład spastyczny kończyn dolnych. Obecnie podopieczna ma problem związany z trzymaniem moczu oraz zaparcia. Używa pieluchomajtek, na które otrzymuje refundację z NFZ.

Jest bardzo słaba, wychudzona, odczuwa również duże osłabienie siły mięśniowej.

Pani Ewelina jest całkowicie niezdolna do pracy oraz samodzielnej egzystencji. Od roku ma orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności na okres 5 lat. Samodzielnie porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim. Potrzebuje pomocy w przemieszczaniu się z łóżka na wózek/fotel oraz w wykonywaniu czynności higienicznych i ubieraniu się. Ostatnio zaniedbuje swój wygląd, niechętnie spożywa posiłki, większość czasu przebywa w łóżku. Codzienną opiekę nad panią Ewelina oraz jej synami sprawują: mieszkająca w pobliżu 48-letnia siostra - Beata Radomska oraz mąż - Wiktor Ziębicki (po powrocie z pracy).

Podopieczna jest pod stałą kontrolą neurologa, psychologa oraz rehabilitanta, który codziennie wykonuje z młodzieżą zlecone ćwiczenia rehabilitacyjne.

Pani Ewelina, z powodu braku sprawnego wózka inwalidzkiego, od kilku tygodni nie wychodzi z domu. Sytuacja ta spowodowała u niej obniżenie nastroju, bezradność, niepokój, nasilenie tęsknoty za kontaktami ze znajomymi oraz możliwością wychodzenia na spacer. Podopieczna przed chorobą była osobą otwartą i towarzyską, chętnie spotykała się z koleżankami z pracy, przyjmowała gości.

Pani Ewelina jest miłośnikiem sztuk plastycznych. Przed chorobą wraz z mężem często chodziła do muzeów i na wystawy malarskie. Tęskni za wyjściami do muzeów, obecnie wolny czas spędza głównie przy komputerze i ogląda telewizję.

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 przemieszczania osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki.

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 Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze²⁾

1. Dane osobowe Wnioskodawcy:			
Imię i nazwisko		Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania		Telefon kontaktowy	
Numer PESEL		Seria i numer dowodu osobistego	
2. Przedmiot dofinansowania oraz przewidywany koszt całkowity:			
3. Posiadane orzeczenie: (proszę wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)			
☐ znaczny stopień niepełnosprawności ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności ☐ lekki stopień niepełnosprawności ☐ osoba niepełnosprawna do 16. roku życia			
4. Orzeczenie wydane: (proszę wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)			
☐ na stałe ☐ okresowo			
5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym*:			
Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Miesięczny dochód netto [zł]
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
		xxxxxxxxxxx	
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

7. Forma przekazania dofinansowania: (proszę wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)

☐ 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	XXXXXXXXXX
-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------	------------

²⁾ Formularz wniosku został przygotowany na potrzeby egzaminu.

* Do dochodu nie wlicza się zasiłku pielęgnacyjnego i świadczenia wychowawczego 500 plus