

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.01-01-23.01-SG

## **EGZAMIN ZAWODOWY**

**Rok 2023**

**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 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 osobie podopiecznej<sup>1)</sup> 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 osobie podopiecznej leżącej w łóżku okład zimny (wysychający) z roztworu Altacetu na obrzęk znajdujący się w okolicy przedniej prawego przedramienia. Czynności wykonaj na fantomie osoby dorosłej traktując go jak osobę podopieczną. Komunikuj się z osobą podopieczną cicho, by nie przeszkadzać innym zdającym.

*Przed rozpoczęciem pracy na indywidualnym stanowisku do wykonywania czynności, higienicznych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego gotowość do ich wykonania. Po uzyskaniu zgody przystąp do pracy. Czynności na stanowisku wykonaj w czasie nie dłuższym niż 40 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN przerwie Ci wykonywanie czynności słowami „czas minął”, oznaczającymi zakończenie procesu oceny 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.

<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)

Dane osoby podopiecznej	
Nazwisko	Buczek
Imię	Krzysztof
Data i miejsce urodzenia	02.09.1971 r. Chorzów
Nr dowodu osobistego	BKN 369852
Nr PESEL	71090224893
Adres zamieszkania	41-450 Chorzów, ul. Akacyjowa 18 d/43
Numer telefonu	503 101 987
Numer konta bankowego	12 1223 4000 1444 4000 1665 1454
Miesięczne dochody (netto) rodziny	- renta okresowa osoby podopiecznej z tytułu całkowitej niezdolności do pracy - 1560,00 zł, - renta rodzinna syna (Bartosza Buczka) - 1450,00 zł, - stypendium socjalne syna (Bartosza Buczka) - 350,00 zł.
Sytuacja osoby podopiecznej	
Sytuacja rodzinna i zawodowa	<p>Pan Krzysztof jest wdowcem. Mieszka z 23-letnim synem, który studiuje stacjonarnie na Politechnice Śląskiej. W miarę możliwości syn wspomaga ojca w codziennych czynnościach. Przed chorobą podopieczny pracował jako kierowca zawodowy. Interesował się samochodami, naprawiał w garażu stare modele samochodów i motocykli, często jeździł na złoty zabytkowych pojazdach. Obecnie bardzo tęskni za swoim hobby i aktywnym spędzaniem wolnego czasu.</p> <p>Podopieczny ma siostrę, która wraz z rodziną mieszka w sąsiedniej miejscowości, w weekendy wspiera brata i bratanka w czynnościach domowych takich jak większe porządki, pranie, prasowanie.</p> <p>Pan Krzysztof nie utrzymuje kontaktów z dalszą rodziną, znajomi sporadycznie go odwiedzają. Czuje się samotny, brakuje mu spotkań z kolegami, z którymi kiedyś dzielił wspólne pasje.</p>
Sytuacja mieszkaniowa	<p>Podopieczny mieszka w 2 pokojowym mieszkaniu z kuchnią i łazienką na II piętrze w bloku z windą i podjazdem dla wózków. Mieszkanie jest przystosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością.</p>
Sytuacja zdrowotna	<p>Pan Krzysztof od kilkunastu lat choruje na nadciśnienie tętnicze. Kilka miesięcy temu przeżył rozległy udar niedokrwienny prawej półkuli mózgowej. Pomimo prowadzonej rehabilitacji w oddziale szpitalnym i w domu, u podopiecznego nadal utrzymuje się niedowład połowiczny lewostronny z wyraźnie zaznaczonym niedowładem kończyny dolnej lewej. Podopieczny otrzymał orzeczenie (na okres 3 lat) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.</p> <p>Większość czasu spędza leżąc w łóżku lub siedząc w fotelu. Wymaga pomocy przy ubieraniu się, rozbieraniu, kąpieli, myciu głowy i goleniu. Je samodzielnie, ale nie jest w stanie przygotować sobie posiłków. Kontroluje i sygnalizuje oddawanie moczu i stolca. Podczas prób chodzenia przy pomocy balkonika odczuwa zawroty głowy, czasami traci równowagę. Jest mu trudno samodzielnie zmieniać pozycję ciała i siadać w fotelu. Nie ma wózka inwalidzkiego, który umożliwiłby mu bezpieczne poruszanie się po mieszkaniu; chciałby go zakupić. Od chwili powrotu ze szpitala podopieczny nie wychodzi z mieszkania. Ćwiczenia usprawniające zlecone przez lekarza rehabilitacji wykonuje niechętnie i niesystematycznie. Propozycję lekarza neurologa udziału w turnusie rehabilitacyjnym odrzucił.</p> <p>Wczoraj wieczorem podopieczny potknął się o dywanik i upadł na podłogę. W okolicy przedniej prawego przedramienia pojawił się obrzęk. Dzisiaj odczuwa ból przedramienia. Lekarz nie stwierdził innych obrażeń ciała, zlecił wykonywanie na obrzęk okładów zimnych (wysychających) z roztworu Altacetu.</p>
Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne i sprzęt ortopedyczny	<p>W obecnej sytuacji konieczny jest zakup wózka inwalidzkiego ręcznego. Całkowity koszt sprzętu – 2000,00 zł. Na podstawie zlecenia lekarza neurologa podopieczny otrzymał decyzję o refundacji z NFZ w kwocie 600,00 zł. Pan Krzysztof chciałby również uzyskać dofinansowanie ze środków PFRON zakupu wózka inwalidzkiego ręcznego, przelewem na osobiste konto bankowe.</p>

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

**Ocenie będą podlegać 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 wykonania osobie podopiecznej leżącej w łóżku okładu zimnego (wysychającego) z roztworu Altacetu na obrzęk znajdujący się w okolicy przedniej prawego przedramienia.

**Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej**

<b>Problemy osoby podopiecznej</b>	<b>Potrzeby osoby podopiecznej</b>

<b>Problemy osoby podopiecznej</b>	<b>Potrzeby osoby podopiecznej</b>

**Wniosek o dofinansowanie  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia  
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze<sup>2)</sup>**

<b>1. Dane osobowe Wnioskodawcy:</b>			
<b>Imię i nazwisko</b>		<b>Data i miejsce urodzenia</b>	
<b>Numer PESEL</b>		<b>Numer dowodu osobistego</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>		<b>Numer telefonu</b>	
<b>2. Posiadane orzeczenie: (należy wstawić znak X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)</b>			
<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) <input type="checkbox"/> inwalida I grupy <input type="checkbox"/> inwalida II grupy <input type="checkbox"/> inwalida III grupy			
<b>3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy: (należy wstawić znak X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)</b>			
<input type="checkbox"/> zatrudniony/pracujący <input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> zatrudniony w zakładzie pracy chronionej <input type="checkbox"/> osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca <input type="checkbox"/> dziecko lub młodzież do lat 18 <input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> emeryt			
<b>4. Nazwa przedmiotu, o którego dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca: (należy wstawić znak X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)</b>			
<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki dziecięcy <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki ręczny <input type="checkbox"/> buty ortopedyczne <input type="checkbox"/> worki stomijne <input type="checkbox"/> balkonik <input type="checkbox"/> nebulizator <input type="checkbox"/> peruka <input type="checkbox"/> inne.....			

**5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:***(do dochodu nie wlicza się stypendium socjalnego)*

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 znak X w odpowiednim polu )**

- Wyrażam zgodę na wypłatę dofinansowania w kasie
- Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto bankowe

**Numer konta bankowego:**

-----

<b>Data wypełnienia wniosku</b>	-- -- ---- dd mm rrrr	<b>Podpis Wnioskodawcy</b>	xxxxxxxxxxxxxx
---------------------------------	--------------------------	----------------------------	----------------

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

