

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.01-02-23.01-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 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 podopiecznej¹⁾ zawartych w arkuszu egzaminacyjnym sporządź wykaz problemów i możliwości (zasobów) 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 zmianę górnej części piżamy, a następnie zmianę poszwy na kocu osobie podopiecznej leżącej w łóżku. Czynności wykonaj na fantomie 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.

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 osoby podopiecznej	
Imię i nazwisko	<i>Bartłomiej Jarosz</i>
Data i miejsce urodzenia	<i>03.10.1970 r., Janów Lubelski</i>
Numer dowodu osobistego	<i>AZJ 123452</i>
Numer PESEL	<i>70100378951</i>
Adres zamieszkania	<i>23-300 Janów Lubelski, ul. Leśna 15/8</i>
Numer telefonu	<i>517 102 987</i>
Numer konta bankowego	<i>12 1223 4000 1444 4000 6651 4454</i>
Miesięczne dochody (netto) rodziny	<i>- renta okresowa podopiecznego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy - 1620,00 zł. - emerytura matki (Zofii Jarosz) - 2140,00 zł.</i>
Sytuacja osoby podopiecznej	
Sytuacja mieszkaniowa	<i>Pan Bartłomiej mieszka wraz z matką w 2-pokojowym mieszkaniu z kuchnią, łazienką i balkonem w bloku z windą. Zarówno blok jak i mieszkanie są dostosowane do potrzeb osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim.</i>
Sytuacja rodzinna i zawodowa	<i>Podopieczny rozwiódł się kilka lat temu. Matka pana Bartłomieja jest na emeryturze, wspiera go psychicznie, gotuje gorące posiłki, ale z powodu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa niewiele pomaga synowi w codziennych czynnościach. Brat interesuje się zdrowiem pana Bartłomieja, odwiedza go kilka razy w miesiącu.</i>
Sytuacja zdrowotna	<i>Pan Bartłomiej od wielu lat choruje na nadciśnienie tętnicze. Pięć miesięcy temu przebył rozległy udar niedokrwienności mózgu, po którym pozostał niedowład połowiczny lewostronny z wyraźnie zaznaczonym niedowładem kończyny dolnej. Otrzymał orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.</i> <i>Podopieczny posiada wózek inwalidzki, ale rzadko z niego korzysta. Współpracuje przy zmianie pozycji, wymaga pomocy przy przesadzaniu z łóżka na wózek lub fotel. Większość czasu spędza w łóżku. Często odczuwa bóle i zawroty głowy, podczas prób chodzenia traci równowagę. Leki przepisane przez lekarza przyjmuje systematycznie, natomiast zlecenia lekarza dotyczącego codziennego mierzenia ciśnienia tętniczego krwi i zapisywania wyników pomiarów pan Bartłomiej nie realizuje.</i> <i>Wymaga pomocy drugiej osoby w utrzymaniu higieny całego ciała. Nie jest w stanie samodzielnie wykąpać się, ubrać i rozebrać ani umyć głowy. Samodzielnie myje twarz, zęby, goli się (golarką elektryczną), czesze włosy. Spożywa niewielkie posiłki, narzeka na brak apetytu, mało pije. Ostatnio bardzo schudł. Kontroluje oddawanie moczu i stolca. Czuje się osłabiony, uskarża się na ciągłe zmęczenie, często śpi w ciągu dnia. W nocy budzi się kilkakrotnie i nie może ponownie zasnąć. Ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia ręki pan Bartłomiej wykonuje zgodnie ze zleceniem fizjoterapeuty dwa razy dziennie.</i> <i>Wynikiem częstych stanów zapalnych ucha środkowego, jakie podopieczny przeszedł w dzieciństwie jest niedosłuch (42 dB). W przeszłości używał aparatu słuchowego, ale miesiąc temu aparat uległ uszkodzeniu (bez możliwości naprawy). Brak sprawnego aparatu utrudnia prowadzenie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej.</i> <i>Podopieczny ma świadomość choroby, niepokoi się o swoje zdrowie i przyszłość. Przed chorobą pan Bartłomiej bardzo lubił górskie wycieczki, często z przyjaciółmi wyjeżdżał w Tatry. Brakuje mu kontaktów z dawnymi znajomymi, trudno mu jest pogodzić się z niemożnością realizacji swojego hobby. Jest smutny i apatyczny. Czyta prasę, czasami gra z matką w scrabble, lubi układać puzzle, często ogląda filmy lub zdjęcia z odbytych wypraw wysokogórskich.</i> <i>W dniu dzisiejszym pan Bartłomiej oczekuje na wizytę lekarza rodzinnego. Poprosił asystenta o zmianę bluzy piżamy i poszwy na kocu przed wizytą lekarza.</i>

Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne i sprzęt ortopedyczny	<i>Konieczne jest zaopatrzenie podopiecznego w nowy aparat słuchowy. Całkowity koszt zakupu aparatu wynosi 2100,00 zł. Na podstawie zlecenia lekarza otolaryngologa, podopieczny wczoraj otrzymał decyzję o refundacji z NFZ w kwocie 700,00 zł. Chciałby na ten cel, uzyskać również dofinansowanie ze środków PFRON, przelewem na osobiste konto bankowe. Poprosił asystenta o pomoc w przygotowaniu odpowiedniego wniosku.</i>
--	---

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie będą podlegać 2 rezultaty:

- wykaz problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

oraz
przebieg zmiany górnej części pizamy, a następnie zmiany poszwy na kocu osobie podopiecznej leżącej w łóżku.

Wykaz problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej

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

5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:			
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: - - - - -			
Data wypełnienia wniosku	- - - - - dd mm rrrr	Podpis Wnioskodawcy	xxxxxxxxxxxxxx

²⁾ Formularz wniosku został przygotowany na potrzeby egzaminu.