

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**
Symbol 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.01-01-24.06-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2024

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 przekaż 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 podopiecznej ¹⁾ zawartych w arkuszu egzaminacyjnym opracuj diagnozę problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej oraz wypełnij, w imieniu osoby podopiecznej wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się.

Do opracowania zadania wykorzystaj formularze zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym. Za datę wypełnienia wniosku przyjmij datę egzaminu.

Wykonaj mycie pleców osobie podopiecznej leżącej w łóżku, a następnie załóż jej kompres żelowy zimny na obrzęk znajdujący się na okolicy przedniej prawego stawu kolanowego. Czynności wykonaj na fantomie osoby dorosłej traktując go jako osobę podopieczną leżącą w łóżku. Komunikuj się z nią cicho, by nie przeszkadzać innym zdającym.

Uwaga. Kompres żelowy znajduje się w imitacji zamrażalnika w magazynie. Na potrzeby egzaminu należy przyjąć, że został on umieszczony w zamrażalniku na około 2 godziny przed wykonywaniem kompresu.

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 fantomie wykonaj w czasie nie dłuższym niż 40 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN, słowami „czas minął”, poinformuje cię o zakończeniu procesu oceny przez egzaminatora.

Wykorzystaj sprzęt, materiały i środki udostępnione na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. Po zakończeniu czynności uporządkuj stanowisko pracy. Postępuj zgodnie z procedurami, uwzględniając zasady ergonomii oraz przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy.

Arkusz egzaminacyjny z wypełnioną dokumentacją pozostaw na indywidualnym stanowisku do pisania.

¹⁾ *Dane osoby podopiecznej oraz 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)

I. DANE OSOBOWE OSOBY PODOPIECZNEJ	
Imię i nazwisko	Anna Robini
Data i miejsce urodzenia	15.10.2002 r. Sopot
Numer PESEL	02101502933
Numer dowodu osobistego	AYZ 210021
Adres zamieszkania	88-200 Radziejów 44
Numer telefonu	506 900 090
Adres e-mail	robini12@onet.pl
II. SYTUACJA MIESZKANIOWA I RODZINNA OSOBY PODOPIECZNEJ	
<p>Pani Anna mieszka z matką w parterowym 3-pokojowym domu jednorodzinny. Wszystkie pomieszczenia są na jednym poziomie, zlikwidowano progi i zainstalowano w łazience kabinę prysznicową. Ojciec podopiecznej nie żyje. Matka pracuje w systemie zmianowym w barze mlecznym, stara się wspierać córkę w rozwiązywaniu problemów życiowych, ale nie zawsze wystarcza jej czasu na pogodzenie obowiązków rodzinnych i zawodowych. Brat podopiecznej założył własną rodzinę i przeprowadził się do miejscowości w odległym województwie, często kontaktuje się z siostrą telefonicznie.</p>	
III. SYTUACJA ZAWODOWA I MATERIALNA OSOBY PODOPIECZNEJ	
<p>Podopieczna ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. W ośrodku szkolno-wychowawczym dla dzieci niewidomych ukończyła szkołę podstawową, liceum ogólnokształcące i szkołę muzyczną I stopnia w klasie skrzypiec (mieszkała w internacie). Obecnie rozpoczęła naukę w pobliskim Nauczycielskim Kolegium Języków Obcych. Otrzymała zgodę uczelni na indywidualny tok studiów. Podjęła również współpracę ze stowarzyszeniem zajmującym się promowaniem turystyki wśród osób niewidomych i słabowidzących.</p> <p>Źródłami utrzymania rodziny w ciągu ostatnich 6 miesięcy są (miesięcznie netto):</p> <ul style="list-style-type: none">- renta rodzinna podopiecznej - 1510,00 zł,- wynagrodzenie matki podopiecznej (Teresy Robini) - 3260,00 zł,- zasiłek pielęgnacyjny - 215,84 zł.	
IV. SYTUACJA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA OSOBY PODOPIECZNEJ	
<p>20-letnia Anna Robini z powodu retinopatii wcześniejszej jest niewidoma od urodzenia. Należy do osób z poczuciem światła, odróżnia dzień od nocy, potrafi wskazać kierunek, z którego dochodzi światło. Dobrze orientuje się w przestrzeni mieszkalnej. Poza domem porusza się korzystając z białej laski dla niewidomych, ale ma trudności z samodzielnym dojazdem na zajęcia w kolegium i do biblioteki. Kłopotliwe jest dla niej przesiadanie się do różnych środków lokomocji i załatwianie spraw urzędowych.</p> <p>Podopieczna lubi literaturę podróżniczą i obyczajową, najczęściej wypożycza audiobooki z biblioteki miejskiej. Samodzielnie korzysta z telefonu z ekranem dotykowym w systemie Braille'a, który otrzymała w prezencie od brata po zdaniu matury.</p> <p>Po wielu latach pobytu w ośrodku nie ma w miejscu zamieszkania bliskich znajomych. Czuje się osamotniona, tęskni za przyjaciółmi ze szkoły, utrzymuje z nimi tylko kontakt telefoniczny. Brakuje jej spotkań towarzyskich, zabaw tanecznych i wspólnego muzykowania w gronie znajomych. Na uczelni nie nawiązała jeszcze przyjacielskich relacji. W nowym środowisku czuje się niepewnie, ma niskie poczucie własnej wartości.</p> <p>Podopieczna samodzielnie ścieli łóżko, zmienia bieliznę pościelową i zmywa naczynia. Codziennie karmi ulubionego kota domowego i czyści jego kuwetę. Potrzebuje pomocy podczas pielęgnacji paznokci u rąk i stóp, układania włosów, doboru kolorystycznego odzieży. Podczas wykonywania większych porządków konieczny jest udział drugiej osoby. Pani Anna po powrocie z ośrodka do domu nieregularnie spożywa posiłki, bardzo późno je obfite kolacje, pije dużo napojów słodzonych.</p> <p>Podopieczna posiada dwupoziomowy czujnik poziomu cieczy, który pozwala jej bezpiecznie parzyć kawę czy herbatę. Matka ostatnio zakupiła specjalną nakładkę na programator pralki, co pozwala pani Annie samodzielnie obsługiwać pralkę automatyczną. Obecnie największym problemem podopiecznej jest brak nowoczesnego programu udźwiękawiającego do komputera, który pozwala na odczytywanie informacji z ekranu komputera i umożliwia wyświetlanie tekstu na linijce brajlowskiej. Informacje mogą też być przekazywane użytkownikowi w formie głosowej. Program usprawniłby pani Annie naukę, a jednocześnie</p>	

umożliwiłby m.in. bezwzrokową obsługę pakietów biurowych, pozwoliłby tworzyć własne dokumenty oraz korzystać z prezentacji multimedialnych i przeglądarki internetowej.

Można go użytkować na komputerze stacjonarnym, przenośnym i tablecie. Całkowity koszt zakupu programu wynosi 4500,00 zł.

Podopieczna chciałaby pozyskać środki na dofinansowanie zakupu programu udźwiękowiającego do komputera, oczekuje pomocy asystenta w przygotowaniu i złożeniu właściwego wniosku. Dotychczas nie korzystała z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się. Deklaruje wkład własny w wysokości 5% kosztów zakupu programu. Wczoraj Pani Anna podczas wysiadania z autobusu przewróciła się i doznała krótkotrwałej utraty przytomności. Została przewieziona karetką na szpitalny oddział ratunkowy z podejrzeniem wstrząśnienia mózgu. Po przeprowadzeniu wywiadu i wykonaniu tomografii komputerowej głowy została wypisana do domu ze zleceniem kilkudniowego odpoczynku w łóżku. Podczas upadku podopieczna doznała stłuczenia prawego kolana. Lekarz zlecił zakładanie na obrzęk znajdujący się na okolicy przedniej prawego stawu kolanowego kompresu żelowego zimnego na 25 minut.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie będą podlegać 2 rezultaty:

- diagnoza problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się

oraz

przebieg mycia pleców, a następnie założenia kompresu żelowego zimnego na obrzęk znajdujący się na okolicy przedniej prawego stawu kolanowego osobie podopiecznej leżącej w łóżku.

Diagnoza problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej	Możliwości (zasoby) osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej	Możliwości (zasoby) osoby podopiecznej

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER
W KOMUNIKOWANIU SIĘ**

(formularz został opracowany na potrzeby egzaminu)

I. Dane osobowe Wnioskodawcy:		
Imię i nazwisko:		
Data i miejsce urodzenia:		
Numer PESEL:		
Numer dowodu osobistego:		
Adres zamieszkania:		
Numer telefonu:		
Adres e-mail:		
II. Posiadane przez Wnioskodawcę Orzeczenie o Stopniu Niepełnosprawności:		
(należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)		
stopień znaczny		<input type="checkbox"/>
stopień umiarkowany		<input type="checkbox"/>
stopień lekki		<input type="checkbox"/>
III. Rodzaj niepełnosprawności:		
(należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)		
dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim		<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu wzroku		<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu słuchu		<input type="checkbox"/>
deficyt rozwojowy (niepełnosprawność intelektualna)		<input type="checkbox"/>
inne		<input type="checkbox"/>
IV. Źródła utrzymania Wnioskodawcy:		
(należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)		
zatrudnienie		<input type="checkbox"/>
renta		<input type="checkbox"/>
emerytura		<input type="checkbox"/>
zasitek dla bezrobotnych		<input type="checkbox"/>
renta szkoleniowa		<input type="checkbox"/>
alimenty		<input type="checkbox"/>
V. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:		
Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Dochód miesięczny netto [zł]
1.		
2.		
3.		
VI. Korzystanie Wnioskodawcy z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się		
(należy wstawić X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)		
W ciągu ostatnich trzech lat korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się		
Tak <input type="checkbox"/>	Rok otrzymania dofinansowania	
Nie <input type="checkbox"/>		

VII. Przedmiot wnioskowanego dofinansowania:

należy wpisać rodzaj przedmiotu (urządzenia, sprzętu) dofinansowania

VIII. Uzasadnienie zakupu przedmiotu/urządzenia/sprzętu:

należy wpisać informacje uzasadniające zakup (w jaki sposób zakup wnioskowanego przedmiotu/urządzenia/sprzętu umożliwi lub ułatwi Wnioskodawcy naukę, pracę, kontakty z otoczeniem, usprawni komunikowanie się)

IX. Koszt realizacji zadania:

Przewidywany koszt zakupu przedmiotu/urządzenia/sprzętu wynosi zł.

Deklarowane środki własne zł

X. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto)*, w rozumieniu przepisów Ustawy o świadczeniach rodzinnych wynosi zł, a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

* do dochodu nie wlicza się zasiłku pielęgnacyjnego

Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania dofinansowania na likwidację barier w komunikowaniu się zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2016 poz.922).

.....

data wypełnienia wniosku

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

czytelny podpis Wnioskodawcy

