

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

Symbol 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.01-02-25.06-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2025

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 podopiecznej* 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.

Założ osobie podopiecznej leżącej w łóżku kompres żelowy zimny na krwiak znajdujący się na okolicy przedniej stawu kolanowego prawego (nie markuj wykonywania czynności!), a następnie zmień poszwę na kocu z osobą podopieczną leżącą w łóżku. Podczas wykonywania czynności fantom osoby dorosłej traktuj jako osobę podopieczną. 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 około 2 godziny wcześniej.

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 związane z założeniem kompresu i zmianą poszwy na kocu osobie podopiecznej leżącej w łóżku wykonaj w czasie nie dłuższym niż 30 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.

**Dane osoby podopiecznej oraz informacje o niej są fikcyjne i zostały przygotowane na potrzeby egzaminu.*

Informacje o osobie podopiecznej

(uzyskane na podstawie udostępnionej dokumentacji medycznej, wywiadu z podopieczną i obserwacji)

Imię i nazwisko	Elwira Kosek
Data i miejsce urodzenia	10.05.1996 r., Gdynia
Numer PESEL	96051034791
Numer dowodu osobistego	THN300247
Adres zamieszkania	82-002 Gdynia, ul. Leżakowa 12
Numer telefonu	607142909

Pani Elwira Kosek ma mózgowe porażenie dziecięce (MPD). Występuje u niej porażenie spastyczne prawej połowy ciała (hemiplegia prawostronna) oraz przykurcze okołostawowe kończyny górnej i dolnej po stronie prawej. Podopieczna nie chodzi samodzielnie, porusza się na wózku inwalidzkim o napędzie elektrycznym, w którym panel sterowania-joystick jest zamontowany po lewej stronie.

Pani Elwira posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Wymaga wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz prowadzenia rehabilitacji ruchowej. Czynności wykonuje lewą ręką.

Wymaga pomocy podczas przemieszczania się z łóżka na wózek i z wózka na łóżko oraz na sedes. Kontroluje funkcje pęcherza moczowego i zwieraczy odbytu. Dwa razy w tygodniu ma prowadzoną rehabilitację ruchową w domu pod kierunkiem fizjoterapeuty, a w pozostałe dni rodzice wykonują jej ćwiczenia bierne kończyn. Pani Elwira jest pozytywnie nastawiona do ćwiczeń i współpracuje podczas ich wykonywania. Podopieczna wymaga pomocy podczas ubierania się, rozbierania, mycia, kąpieli, a także podczas przygotowywania posiłków.

Pani Elwira ukończyła szkołę średnią. Interesuje się sztuką, ma wrażliwość estetyczną, bardzo lubi rysować. W domu z pomocą matki dekoruje pomieszczenia i zmienia ich wystrój. Próbuje wykonywać proste projekty wnętrz na komputerze, ale obsługa standardowej klawiatury sprawia jej dużą trudność. Na portalach społecznościowych utrzymuje kontakty z kilkoma osobami o podobnych zainteresowaniach. Za ich radą postanowiła zapisać się na kurs projektowania wnętrz prowadzony on-line, a w przyszłości chciałaby rozpocząć studia w tym kierunku. Innych koleżanek i kolegów nie posiada.

Pani Elwira mieszka z rodzicami i młodszą siostrą w domu jednorodzinnym. Matka pracuje w korporacji na pół etatu, jej wynagrodzenie wynosi 3 446,00 zł (miesięcznie netto), ojciec jest magazynierem w hurtowni elektrycznej, jego wynagrodzenie to 4 823,00 zł (miesięcznie netto). Dodatkowo rodzice podopiecznej otrzymują świadczenie wychowawcze 800 plus na siostrę pani Elwiry. Rodzice pomagają córce w wykonywaniu codziennych czynności. Relacje podopiecznej z młodszą siostrą są dobre.

Pani Elwira przebywa na rencie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i otrzymuje świadczenie w wysokości 1 620,67 zł (miesięcznie netto) oraz zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 215,84 zł (miesięcznie).

Podopieczna chciałaby kupić komputer ze specjalną klawiaturą przeznaczoną dla osób piszących wyłącznie jedną ręką, ale nie posiada wystarczających środków finansowych. Koszt komputera wynosi 7 800,00 zł. Podopieczna jest w stanie pokryć 10 % tej kwoty. Zamierza wystąpić do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z wnioskiem o dofinansowanie zakupu tego sprzętu. Dotychczas nie korzystała z dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się.

Wczoraj doznała stłuczenia stawu kolanowego prawego, na którym powstał krwiak o wymiarach ok. 6 cm x 5 cm. Lekarz nie stwierdził innych uszkodzeń ciała, zlecił zakładanie na krwiak, na 30 minut, kompresu żelowego zimnego oraz kilkudniowy odpoczynek w łóżku.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 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 założenia osobie podopiecznej leżącej w łóżku kompresu żelowego zimnego na krwiak znajdujący się na okolicy przedniej stawu kolanowego prawego, a następnie zmiany poszwy na kocu z osobą podopieczną leżącą w łóżku.

Diagnoza problemów i możliwości (zasobów) 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 wniosku został przygotowany na potrzeby egzaminu)

1. Dane osobowe Wnioskodawcy:			
Imię i nazwisko		Data i miejsce urodzenia	
Numer PESEL		Numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania		Numer telefonu	
2. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik: (należy wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)			
a) znaczny: ☐ inwalida I grupy ☐ osoba całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji ☐ osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ osoba w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny			
b) umiarkowany: ☐ inwalida II grupy ☐ osoba całkowicie niezdolna do pracy ☐ inwalida III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę			
c) lekki: ☐ inwalida III grupy ☐ osoba częściowo niezdolna do pracy ☐ osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym			
3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy: (należy wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)			
☐ zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą* ☐ zatrudniony w zakładzie pracy chronionej ☐ osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca ☐ bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy* ☐ rencista*/emeryt* ☐ dziecko lub młodzież do lat 18			
4. Sytuacja mieszkaniowa Wnioskodawcy: (należy wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)			
Wnioskodawca mieszka: ☐ z rodziną ☐ samotnie ☐ z osobami niespokrewnionymi			

5. Źródła utrzymania Wnioskodawcy: <i>(należy wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)</i>			
☐ wynagrodzenie za pracę ☐ przychody z działalności gospodarczej ☐ renta ☐ emerytura ☐ zasiłek dla bezrobotnych ☐ alimenty*/inne*			
6. Przedmiot wnioskowanego dofinansowania: <i>(należy podać rodzaj przedmiotu/urządzenia/sprzętu)</i>			
7. Uzasadnienie zakupu przedmiotu/urządzenia/sprzętu: <i>(należy podać informacje uzasadniające zakup tj. w jaki sposób zakup wnioskowanego przedmiotu/urządzenia/sprzętu umożliwi lub ułatwi Wnioskodawcy naukę, pracę, kontakty z otoczeniem, usprawni komunikowanie się)</i>			
8. Ogólny koszt przedmiotu (100 %) wynosi [zł]:			
9. Wnioskowana kwota dofinansowania (90 %) wynosi [zł]:			
10. Deklarowane środki własne (10 %) wynoszą [zł]:			
11. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON <i>(należy wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)</i> Czy w ciągu ostatnich trzech lat Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się: ☐ TAK Rok otrzymania dofinansowania Wysokość przyznanego dofinansowania [zł] ☐ NIE			
12. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach**:			
Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto), w rozumieniu przepisów Ustawy o świadczeniach rodzinnych, wynosi [zł], podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi [zł] Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (wraz z Wnioskodawcą) wynosi			
Data wypełnienia wniosku -- -- -- -- dd mm rrrr	Podpis Wnioskodawcy xxxxxxxxxxxxxx		

* niepotrzebne skreślić

**do dochodu nie wlicza się zasiłku pielęgnacyjnego i świadczenia wychowawczego 800 plus

