

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

Symbol 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.01-03-25.06-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 7 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 dokonaj oceny poziomu samodzielności osoby podopiecznej w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, według zmodyfikowanej skali Lawtona (IADL) oraz wypełnij wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

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, a następnie zmień prześcieradło na łóżku bez osoby podopiecznej. Nie markuj wykonywania czynności! Do realizacji zadania wykorzystaj fantom osoby dorosłej, traktując go jako osobę podopieczną. Komunikuj się z nią 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 związane z przemieszczeniem osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki oraz zmianą prześcieradła 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.

¹⁾ Dane osoby podopiecznej i informacje o niej są fikcyjne i zostały przygotowane na potrzeby egzaminu

INFORMACJE O OSOBIE PODOPIECZNEJ

(udostępnione przez opiekuna prawnego osoby podopiecznej oraz uzyskane na podstawie wywiadu i obserwacji)

DANE OSOBY PODOPIECZNEJ

Imię i nazwisko: *Eliza Woźniak*
Data i miejsce urodzenia: *10.05.2008 r. Kraśnik*
Numer PESEL: *08051003601*
Adres zamieszkania: *09-400 Płock, ul. Zarzeczna 125 m 17*

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO OSOBY PODOPIECZNEJ

Imię i nazwisko: *Barbara Kowalska*
Data i miejsce urodzenia: *20.11.1953 r. Warszawa*
Numer dowodu osobistego: *AYY 015125*
Numer PESEL: *53112003821*
Adres zamieszkania: *09-400 Płock, ul. Zarzeczna 125 m 17*
Numer telefonu: *605 000 803*

SYTUACJA ZDROWOTNA, RODZINNA I MIESZKANIOWA OSOBY PODOPIECZNEJ

17-letnia Eliza Woźniak posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Urodziła się z przepukliną oponowo-rdzeniową, w wyniku której doszło do porażenia wiotkiego kończyn dolnych. Choruje również na epilepsję.

Matka podopiecznej nie żyje. Ojciec nie wykazuje zainteresowania córką, nie kontaktuje się z nią od trzynastu lat. Nie został pozbawiony praw rodzicielskich i jest zobowiązany do świadczenia alimentacyjnego na rzecz córki. Sąd opiekuńczy umieścił Elizę w rodzinie zastępczej spokrewnionej, którą stanowi jej babcia Barbara Kowalska. Jednocześnie ustanowił babcię opiekunem prawnym wnuczki.

Podopieczna porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim ręcznym. W przemieszczaniu się wózkiem po mieszkaniu jest niezależna, ale poza obrębem budynku potrzebuje pomocy drugiej osoby.

Jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Uczęszcza do pierwszej klasy Branżowej Szkoły Specjalnej I stopnia w zawodzie cukiernik. Urząd miasta zapewnia Elizie bezpłatny transport na zajęcia szkolne oraz opiekę w czasie przejazdu do szkoły i z powrotem. Podopieczna nawiązała dobre relacje z rówieśnikami w szkole. Z powodu konieczności pomocy drugiej osoby w korzystaniu ze środków komunikacji miejskiej nie uczestniczy jednak we wszystkich szkolnych imprezach okolicznościowych czy wycieczkach klasowych. Raz w tygodniu, w godzinach popołudniowych asystent zapewnia Elizie możliwość dojazdu na zajęcia szkolnego koła teatralnego, a także codziennie wyjeżdża z nią na spacer do pobliskiego parku.

Babcia z powodu zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawów i zaburzeń błędnika od roku nie wychodzi z domu. Stara się wspierać wnuczkę w czynnościach domowych, gotuje obiady i przygotowuje leki, które Eliza samodzielnie przyjmuje.

Z pomocą babci lub asystenta podopieczna robi kanapki, piecze ciasto, przygotowuje surówki warzywne i owocowe. Dbą o porządek w swoim pokoju, układa książki i gry planszowe na półkach, podlewa kwiaty. Codziennie wieczorem porządkuje swoje biurko, pakuje plecak z podręcznikami i przyborami szkolnymi. Samodzielnie nie jest w stanie zaścielić łóżka, uprać bielizny osobistej, zetrzeć kurzu na wyższych półkach meblościanki czy posprzątać łazienki. Potrzebuje wsparcia drugiej osoby podczas kąpieli, przy zakładaniu i zdejmowaniu dolnych części odzieży, przemieszczaniu się z łóżka na wózek (i odwrotnie). Eliza korzysta z telefonu komórkowego, potrafi nawiązać i odbierać połączenia. Jest włączana przez babcię w gospodarowanie budżetem domowym. Orientuje się w aktualnych cenach podstawowych artykułów spożywczych. Z pomocą babci planuje wydatkowanie miesięcznego kieszonkowego. Asystent pomaga podopiecznej w dotarciu do sklepu samoobsługowego i w robieniu zakupów. Urząd miasta przyznał rodzinie nowe 2-pokojowe mieszkanie komunalne w budynku wielorodzinnym z windą. Łazienka wyposażona jest w wannę. Szerokość drzwi wewnętrznych nie pozwala na swobodne przemieszczanie się wózkiem po mieszkaniu. Babcia, która jest głównym najemcą lokalu, wystąpiła do urzędu o zgodę na

wykonanie prac związanych z likwidacją barier architektonicznych. Otrzymała akceptację urzędu. Projekt dostosowania mieszkania do potrzeb osoby z niepełnosprawnością ruchową przewiduje: zakup i zainstalowanie kabiny prysznicowej z siedziskiem przyściennym, montaż poręczy przy WC, poszerzenie otworów drzwiowych, zakup i montaż drzwi wewnętrznych oraz ułożenie podłóg z materiałów antypoślizgowych w łazience, kuchni i przedpokoju. Konieczne jest również zamontowanie domofonu i włączników światła na wysokości umożliwiającej korzystanie z nich osobie poruszającej się na wózku inwalidzkim. Przewidywany koszt modernizacji mieszkania wynosi 25 000,00 zł. Eliza z babcią poprosiły asystenta o pomoc w wypełnieniu wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej. Deklarowany wkład własny wynosi 5 % kosztów modernizacji. Podopieczna dotychczas nie korzystała z dofinansowania ze środków PFRON.

ŹRÓDŁA UTRZYMANIA RODZINY

Dochód rodziny w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku (miesięcznie, netto) wynosił:

- świadczenie na dziecko w rodzinie zastępczej spokrewnionej – 1 002,00 zł,
- zasiłek pielęgnacyjny - 215,84 zł,
- emerytura babci – 1 955,00 zł,
- alimenty - 600,00 zł,
- świadczenie wychowawcze 800 plus - 800,00 zł.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- karta oceny poziomu samodzielności osoby podopiecznej w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, według zmodyfikowanej skali Lawtona (IADL),
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

oraz

przebieg przemieszczenia osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki i zmiany prześcieradła na łóżku bez osoby podopiecznej.

Karta oceny poziomu samodzielności osoby podopiecznej w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, według zmodyfikowanej skali Lawtona (IADL)

Lp.	Imię i nazwisko osoby podopiecznej: Eliza Woźniak	Liczba punktów*
1.	Czy potrafi samodzielnie posługiwać się telefonem komórkowym? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
2.	Czy jest w stanie samodzielnie korzystać ze środków komunikacji miejskiej? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie podróżować	
3.	Czy samodzielnie wychodzi do sklepu i kupuje artykuły spożywcze? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
4.	Czy samodzielnie przygotowuje sobie posiłki? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
5.	Czy samodzielnie wykonuje czynności domowe, np. sprzątanie? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
6.	Czy jest w stanie samodzielnie uprać swoje rzeczy? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
7.	Czy samodzielnie przyjmuje leki? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
8.	Czy samodzielnie gospodaruje pieniędzmi? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
	Uzyskana liczba punktów razem**:	

*należy wpisać liczbę punktów na podstawie dokonanej oceny

**należy wpisać sumę uzyskanych punktów w poz. 1-8

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKwidacji BARIER
ARCHITEKTONICZNYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**
(formularz został opracowany na potrzeby egzaminu)

I. Wniosek składam: (należy właściwe dane zaznaczyć wpisując X w odpowiednim polu ☐)	
☐ jako rodzic dziecka małoletniego	
☐ jako opiekun prawny osoby małoletniej	
II. Dane osobowe rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej:	
Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Numer PESEL	
Numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
III. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:	
Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Numer PESEL	
Adres zamieszkania	
IV. Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: (należy właściwe dane zaznaczyć wpisując X w odpowiednim polu ☐)	
stopień znaczny	☐
stopień umiarkowany	☐
stopień lekki	☐
V. Rodzaj niepełnosprawności: (należy właściwe dane zaznaczyć wpisując X w odpowiednim polu ☐) Uwaga. Można zaznaczyć więcej niż jeden rodzaj niepełnosprawności	
niepełnosprawność intelektualna	☐
dysfunkcja narządu wzroku	☐
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	☐
wrodzony brak albo amputacja kończyn dolnych	☐
wrodzony brak albo amputacja kończyn górnych	☐
dysfunkcja narządu ruchu (poruszanie się na wózku inwalidzkim)	☐
epilepsja	☐

VI. Korzystanie z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

(należy wpisać X w odpowiednim polu □)

W ciągu ostatnich trzech lat korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON

☐ Tak ☐ Nie

VII. Przeznaczenie dofinansowania:

(należy podać urządzenia/sprzęt/zakres prac modernizacyjnych/rodzaj usług)

VIII. Uzasadnienie:

(należy podać cel likwidacji barier architektonicznych/w jaki sposób zakupione urządzenia/sprzęty i wykonane prace modernizacyjne usprawnią funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej i jej rodziny/opiekunów)

IX. Koszt realizacji przedmiotu dofinansowania:

Przewidywany koszt zakupu i montażu urządzeń/sprzętów/modernizacji mieszkania wynosi [zł]:
Deklarowane środki własne (5 %) wynoszą [zł]:

X. Oświadczenie o dochodach:

Uwaga! Do dochodu nie wlicza się świadczenia wychowawczego 800 plus i zasiłku pielęgnacyjnego

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]:
podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi [zł]:

Liczba osób w gospodarstwie domowym wynosi

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 architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2016 poz. 922).

.....
data

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
czytelny podpis