

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.01-01-25.01-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 podopiecznej¹⁾ 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 przemieszczenie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki. Do realizacji zadania wykorzystaj fantom osoby dorosłej, traktując go jako osobę podopieczną leżącą w łóżku. 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 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 oraz informacje o niej są fikcyjne i zostały przygotowane na potrzeby egzaminu

Informacje o osobie podopiecznej

(udostępnione przez osobę podopieczną oraz uzyskane na podstawie wywiadu i obserwacji)

Dane osoby podopiecznej	
Nazwisko	<i>Bromski</i>
Imię	<i>Bartosz</i>
Data i miejsce urodzenia	<i>04.08.1970 r. Jelenia Góra</i>
Numer dowodu osobistego	<i>AYY 389854</i>
Numer PESEL	<i>70080424893</i>
Adres zamieszkania	<i>56-400 Oleśnica, ul. Suchy Las 67 m 45</i>
Numer telefonu	<i>506 101 988</i>
Numer konta bankowego	<i>14 1223 4000 1444 4000 1665 1455</i>
Miesięczne dochody (netto) rodziny	- renta okresowa osoby podopiecznej z tytułu całkowitej niezdolności do pracy - 1860,00 zł, - renta rodzinna córki (Iwony Bromskiej) - 1480,00 zł, - wynagrodzenie córki - 1250,00 zł, - zasiłek pielęgnacyjny - 215,94 zł.
Sytuacja osoby podopiecznej	
Sytuacja rodzinna i zawodowa	<i>Pan Bartosz jest wdowcem. Mieszka wspólnie z 21-letnią córką, która studiuje w systemie dziennym na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu i pracuje dodatkowo w klubie fitness. W miarę możliwości sprawuje codzienną opiekę nad ojcem. Przed chorobą pan Bartosz pracował jako instruktor nauki jazdy. Dodatkowo w sezonie zimowym prowadził szkołę narciarską dla dzieci. Interesował się fotografią, często uczestniczył w plenerach i warsztatach fotograficznych. Obecnie bardzo brakuje mu pracy i aktywnego trybu życia. Czuje się rozgoryczony, tęskni za dotychczasowym stylem życia, często mówi o braku perspektyw na przyszłość.</i> <i>Podopieczny utrzymuje stałe kontakty telefonicznie z dalszą rodziną, brakuje mu jednak spotkań rodzinnych i towarzyskich.</i>
Sytuacja mieszkaniowa	<i>Mieszka razem z córką w budynku wielorodzinnym na parterze, we własnym 3-pokojowym mieszkaniu z kuchnią i łazienką. Mieszkanie jest częściowo przystosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością ruchową. Przy wejściu do klatki schodowej jest zamontowany podjazd dla wózków.</i>
Sytuacja zdrowotna	<i>Pan Bartosz od kilku lat choruje na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę typu 2. Dwa razy dziennie przyjmuje leki doustne obniżające glikemię. Nie przestrzega zalecenia lekarza diabetologa dotyczącego codziennego pomiaru stężenia glukozy we krwi na czczo. Nieregularnie przyjmuje leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi.</i> <i>Kilka miesięcy temu przeżył rozległy udar niedokrwieny 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 o znacznym stopniu niepełnosprawności na okres 3 lat.</i> <i>Od chwili powrotu ze szpitala podopieczny bardzo rzadko wychodzi z mieszkania, większość czasu spędza siedząc w fotelu lub na wózku. Wymaga pomocy drugiej osoby przy ubieraniu spodni, skarpet, butów, kąpieli i myciu głowy. Nie jest w stanie przygotować ciepłych posiłków. Kontroluje i sygnalizuje</i>

	oddawanie moczu i stolca. Podczas prób chodzenia po mieszkaniu przy pomocy balkonika odczuwa silne zawroty głowy, czasami traci równowagę. Jest mu trudno samodzielnie zmieniać pozycję ciała i siadać na wózku lub w fotelu. Ćwiczenia usprawniające zlecone przez lekarza rehabilitacji wykonuje niesystematycznie. Odrzucił propozycję lekarza neurologa udziału w turnusie rehabilitacyjnym dla osób z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich.
Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne i sprzęt ortopedyczny	Podopieczny korzysta z wózka inwalidzkiego ręcznego lekkiego (ze stopów lekkich), który zakupił z własnych środków. Chciałby dokupić do wózka przystawkę elektryczną, która ułatwiłaby mu pokonywanie krawężników, nierówności na chodnikach i poruszanie się wózkiem w terenie nieutwardzonym. Urządzenie pozwoliłoby na zwiększenie aktywności i samodzielności w życiu codziennym. Przewidywany koszt całkowity przystawki wynosi 8000,00 zł. Podopieczny chciałby uzyskać dofinansowanie ze środków PFRON do jej zakupu. Deklaruje wkład własny w wysokości 2000,00 zł. W sytuacji otrzymania dofinansowania, pan Bartosz wyraża zgodę na przelew środków na osobiste konto bankowe.

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 przemieszczenia osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki.

Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej	Potrzeby osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej	Potrzeby 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 ☐ wózek inwalidzki ze stopów lekkich ☐ przystawka elektryczna do wózka inwalidzkiego ☐ buty ortopedyczne ☐ pieluchomajtki ☐ poduszka przeciwoodleżynowa pneumatyczna ☐ pionizator ☐ 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: (do dochodu nie wlicza się 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, 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

