

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

Symbol kwalifikacji: **SPO.01**

Numer zadania: **03**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer stanowiska

--	--	--

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120** minut

SPO.01-03-26.01-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2026

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL*, numer stanowiska i naklej naklejkę** z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 9 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
3. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
4. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
5. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
6. 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.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty jego wykonania oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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

** w przypadku otrzymania naklejki

Zadanie egzaminacyjne

Na podstawie informacji o osobie podopiecznej¹⁾ 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 architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

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

Wykonaj osobie podopiecznej leżącej w łóżku oklepywanie klatki piersiowej, a następnie przemieść ją z łóżka na wózek inwalidzki. Nie markuj wykonywania czynności! Leżący w łóżku fantom osoby dorosłej traktuj 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 na fantomie wykonaj w czasie nie dłuższym niż 35 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 osobę podopieczną i uzyskane na podstawie wywiadu i obserwacji)

DANE OSOBOWE OSOBY PODOPIECZNEJ	
<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Natalia Czarnecka</i>
<i>Data i miejsce urodzenia</i>	<i>12.12.1997 Białystok</i>
<i>Numer PESEL</i>	<i>97121202046</i>
<i>Numer dowodu osobistego</i>	<i>TYU452722</i>
<i>Adres zamieszkania</i>	<i>07-405 Troszyn ul. Brzegowa 14</i>
<i>Numer telefonu</i>	<i>502 234 876</i>

Kilka miesięcy temu pani Natalia uległa wypadkowi komunikacyjnemu, w wyniku którego doznała urazu miednicy i rdzenia kręgowego. Pomimo leczenia i rehabilitacji szpitalnej nadal utrzymuje się niedowład obu kończyn dolnych oraz zaburzenia funkcji zwieraczy cewki moczowej. W konsekwencji podopieczna porusza się jedynie przy pomocy wózka inwalidzkiego i musi korzystać z pieluchomajtek. Ostatnio na skórze w okolicy guzów kulszowych pojawiło się zaczerwienienie.

Pani Natalia przed wypadkiem pracowała jako trenerka fitness w Centrum Zdrowia i Sportu w pobliskim mieście. Trenowała sporty walki i wielokrotnie brała udział w zawodach sportowych na poziomie ogólnopolskim. Obecnie przebywa na rencie z powodu całkowitej niezdolności do pracy, przyznanej na okres 5 lat. Ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Od kolegów z klubu sportowego, którzy zorganizowali akcję pomocową, otrzymała wózek inwalidzki z napędem elektrycznym, którym porusza się po mieszkaniu.

Pani Natalia samodzielnie przyrządza posiłki, ściera kurz z mebli, wkłada brudne naczynia do zmywarki i uruchamia ją, robi pranie w pralce automatycznej. Samodzielnie zmienia górne części garderoby, czesze się, myje twarz i zęby. Potrzebuje pomocy podczas kąpieli, toalety krocza, zmiany pieluchomajtek, pielęgnacji miejsc narażonych na odleżyny, a także zmiany dolnych części ubrania oraz przemieszczania się z łóżka na wózek inwalidzki i z wózka na łóżko. Jest pod stałą kontrolą neurologa i lekarza rehabilitacji medycznej. Ćwiczy w domu z fizjoterapeutą, który przychodzi 2 razy w tygodniu. Otrzymała również skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w ośrodku rehabilitacji dziennej, ale z powodu braku możliwości opuszczania budynku nie jest w stanie z nich korzystać.

Pani Natalia mieszka z mężem i 70-letnią matką w domu jednorodzinnym. Matka podopiecznej 2 lata temu przeżyła udar mózgu i do tej pory ma niedowład prawej kończyny dolnej oraz niedowład prawej ręki, po mieszkaniu porusza się przy pomocy chodzika. Mąż pani Natalii pracuje w firmie budowlanej w pobliskim mieście.

Podopieczna pogodziła się z niepełnosprawnością, jednak czuje się osamotniona, brakuje jej kontaktów ze znajomymi i koleżankami z klubu fitness, martwi się też o swoją przyszłość i o sytuację finansową. Tęskni za pracą, chciałaby wrócić do aktywności zawodowej, aby poprawić sytuację bytową swoją i rodziny. Leczenie i rehabilitacja pochłonęły już wszystkie oszczędności. Czasami czuje się bezradna, boi się być ciężarem dla najbliższych. Mąż wspiera ją i w miarę możliwości pomaga w wykonywaniu prac domowych, ale w związku z wykonywaniem pracy zawodowej większą część dnia przebywa poza domem i nie może załatwiać wszystkich spraw. Matka pani Natalii sama wymaga pomocy w wielu czynnościach codziennych i w tym zakresie nie jest wsparciem dla córki.

Źródła utrzymania rodziny w ciągu ostatnich 4 miesięcy (miesięcznie netto):

- renta podopiecznej – 1 875,00 zł,
- emerytura matki – 2 025,00 zł,
- wynagrodzenie męża – 4 149,00 zł.

Pomieszczenia w domu, w którym mieszka pani Natalia są dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością ruchową, natomiast do budynku prowadzą schody, które uniemożliwiają osobie korzystającej z wózka inwalidzkiego samodzielne opuszczanie domu. Podopieczna nie może sama dotrzeć do lekarza czy na rehabilitację.

Chciałaby, aby przy wejściu do domu została zamontowana platforma schodowa, która pozwoliłaby jej na zwiększenie samodzielności, umożliwiła dotarcie do specjalistów czy załatwienie niezbędnych spraw.

Zainstalowanie platformy ułatwiłoby jej również bezpośredni kontakt ze znajomymi, a w przyszłości podjęcie aktywności zawodowej.

Pani Natalia chciałaby uzyskać środki na dofinansowanie zakupu i montażu platformy. Przewidywany koszt realizacji tego przedsięwzięcia wynosi 35 000,00 zł. Podopieczna deklaruje wkład własny w wysokości 5 % wyżej wymienionej kwoty. Dotychczas nie korzystała z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oczekuje pomocy w przygotowaniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Obecnie jest przeziębiona, ma przepisane leki, które przyjmuje samodzielnie. Lekarz zlecił wykonywanie 2 razy dziennie oklepywania klatki piersiowej w celu ułatwienia ewakuacji zalegającej wydzieliny.

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 architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

oraz

przebieg oklepywania klatki piersiowej osobie podopiecznej leżącej w łóżku, a następnie przemieszczenia osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki.

Problemy osoby podopiecznej

Możliwości (zasoby) osoby podopiecznej	

**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. Dane osobowe Wnioskodawcy:	
Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
Numer PESEL:	
Numer dowodu osobistego:	
Adres zamieszkania:	
Telefon kontaktowy:	
II. Posiadane przez Wnioskodawcę orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: (należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim polu ☐)	
stopień znaczny	☐
stopień umiarkowany	☐
stopień lekki	☐
III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy: (należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim polu ☐ , *niepotrzebne skreślić)	
zatrudniony*/prowadzący własną działalność gospodarczą*	☐
bezrobotny poszukujący pracy	☐
rencista	☐
emeryt	☐
uczący się lub studiujący w wieku do 24 lat	☐
IV. Źródła utrzymania Wnioskodawcy: (należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim polu ☐ , *niepotrzebne skreślić)	
wynagrodzenie za pracę	☐
renta okresowa	☐
renta stała*/emerytura*	☐
renta szkoleniowa	☐
zasiłek dla bezrobotnych	☐
V. Korzystanie Wnioskodawcy z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (należy wstawić X w odpowiednim polu ☐)	
W ciągu ostatnich trzech lat korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON	☐ Tak ☐ Nie
VI. Przedmiot wnioskowanego dofinansowania: (należy podać rodzaj przedmiotu/urządzenia/sprzętu)	

VII. Uzasadnienie:

(należy podać cel likwidacji barier architektonicznych i przewidywane efekty jakie zamierza osiągnąć Wnioskodawca po likwidacji barier architektonicznych/w jaki sposób wnioskowany przedmiot/urządzenie/sprzęt usprawni funkcjonowanie Wnioskodawcy):

VIII. Miejsce realizacji przedsięwzięcia (adres):**IX. Koszt realizacji przedmiotu dofinansowania:**

Przewidywany koszt zakupu i montażu przedmiotu/urządzenia/sprzętu wynosi zł
Deklarowane środki własne (5 %) wynoszą zł

X. 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, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi zł.

Liczba osób w gospodarstwie domowym (łącznie z Wnioskodawcą) wynosi

Upředzona(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 zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2016 poz. 922)

.....
data

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
czytelny podpis Wnioskodawcy