

**EGZAMIN ZAWODOWY  
Rok 2026  
ZASADY OCENIANIA I KARTY OCENY**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**  
Oznaczenie arkusza: **SPO.01-03-26.01-SG**  
Symbol kwalifikacji: **SPO.01**  
Numer zadania: **03**  
Wersja arkusza: **SG**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2019**

*Wypełnia egzaminator*

Kod ośrodka 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 – 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Kod egzaminatora 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Data egzaminu 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
*Dzień    Miesiąc    Rok*

Godzina rozpoczęcia egzaminu 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 : 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

| Numer <i>PESEL</i> zdającego* |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Numer stanowiska** |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|
|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |

\* w przypadku braku numeru *PESEL* – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

\*\* na podstawie danych wpisanych przez zdającego na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego

## **Egzaminatorze!**

- Oceniaj prace zdających rzetelnie i z zaangażowaniem. Dokumentuj wyniki oceny.
- Stosuj przyjęte zasady oceniania w sposób obiektywny.
- Jeżeli zdający, wykonując zadanie egzaminacyjne, uzyskuje inne rezultaty albo pożądane rezultaty uzyskuje w inny sposób niż uwzględniony w zasadach oceniania lub przedstawia nietypowe rozwiązanie, ale zgodnie ze sztuką w zawodzie, to nadal oceniaj zgodnie z kryteriami zawartymi w zasadach oceniania. Informacje o tym, że zasady oceniania nie przewidują zaistniałej sytuacji, przekaż niezwłocznie w formie pisemnej notatki do Przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego z prośbą o przekazanie jej do Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej. Notatka może być sporządzona odręcznie w trybie roboczym.
- Informuj przewodniczącego zespołu nadzorującego o wszystkich nieprawidłowościach zaistniałych w trakcie egzaminu, w tym w szczególności o naruszeniach przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy i o podejrzeniach niesamodzielności w wykonaniu zadania przez zdającego.

Numer  
stanowiska

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny

Egzaminator wpisuje **T**,  
jeżeli zdający spełnił  
kryterium albo **N**, jeżeli  
nie spełnił

### Rezultat 1: Diagnoza problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej

**Problemy osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):**

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | stan po urazie miednicy i rdzenia kręgowego, niedowład kończyn dolnych, zaburzenie funkcji zwieraczy cewki moczowej, niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym, przeziębienie<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy</i>                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 2 | nie może chodzić/porusza się na wózku inwalidzkim, przebywa wyłącznie w mieszkaniu/nie opuszcza domu, brak platformy schodowej/przyschodowej/nie może samodzielnie dotrzeć do lekarza/lekarzy specjalistów/na rehabilitację, wymaga pomocy podczas przemieszczania się z łóżka na wózek inwalidzki/z wózka inwalidzkiego na łóżko<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i> |  |  |  |  |  |  |
| 3 | jest zagrożona odleżynami/ma zaczerwienienie w okolicy guzów kulszowych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 4 | potrzebuje pomocy: w wykonywaniu toalety krocza, w zmianie pieluchomajtek, pielęgnacji miejsc narażonych na odleżyny, podczas kąpieli, podczas zmiany dolnych części ubrania<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy</i>                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 5 | tęskni za pracą/brakuje jej pracy/aktywności zawodowej, obawia się o przyszłość/o sytuację finansową, ma trudną sytuację finansową/leczenie/rehabilitacja pochłonęły oszczędności, jest osamotniona/brak jej kontaktów społecznych/ze znajomymi/koleżankami<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 6 | czuje się bezradna/ma poczucie uzależnienia od innych/obawia się bycia ciężarem dla rodziny/dla męża                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |

**Możliwości (zasoby) osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 7  | mieszka z rodziną/matką/mężem, ma wsparcie męża/może liczyć na wsparcie/pomoc męża                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 8  | posiada wózek inwalidzki/wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym, jest w stanie wykonać drobne prace porządkowe/zetrzeć kurz z mebli, robi pranie w pralce automatycznej, ma pomieszczenia w domu dostosowane do potrzeb osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 możliwości</i> |  |  |  |  |  |  |
| 9  | leki przyjmuje samodzielnie, przygotowuje posiłki, jest w stanie włożyć brudne naczynia do zmywarki/załadować i włączyć zmywarkę<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 możliwości</i>                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 10 | samodzielnie zmienia górne części ubrania, czesze się, myje twarz, myje zęby<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 możliwości</i>                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Rezultat 2: Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1  | W pozycji I. Dane osobowe Wnioskodawcy - wpisane: Imię i nazwisko: Natalia Czarnecka; Data i miejsce urodzenia: 12.12.1997 Białystok; Numer PESEL: 97121202046; Numer dowodu osobistego: TYU452722; Telefon kontaktowy: 502 234 876                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |
| 2  | W pozycji II. Posiadane przez Wnioskodawcę orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - zaznaczone <u>wyłącznie</u> : stopień umiarkowany                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 3  | W pozycji III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy - zaznaczone <u>wyłącznie</u> : rencista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 4  | W pozycji IV. Źródła utrzymania Wnioskodawcy - zaznaczone <u>wyłącznie</u> : renta okresowa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
| 5  | W pozycji V. Korzystanie Wnioskodawcy z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W ciągu ostatnich trzech lat korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON - zaznaczone <u>wyłącznie</u> : Nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 6  | W pozycji VI. Przedmiot wnioskowanego dofinansowania - wpisane: platforma schodowa/platforma przyschodowa/platforma schodowa z montażem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 7  | W pozycji VII. Uzasadnienie - wpisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej): usprawni codzienne funkcjonowanie wnioskodawcy/zwiększy samodzielność wnioskodawcy w zakresie wychodzenia z domu/wchodzenia do domu/umożliwi dojazd do lekarza/na zabiegi fizjoterapeutyczne/na rehabilitację/do pracy/umożliwi kontakty społeczne/spotkania ze znajomymi/koleżankami                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 8  | W pozycji VIII. Miejsce realizacji przedsięwzięcia (adres) - wpisane: 07-405 Troszyn ul. Brzegowa 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 9  | W pozycji IX. Koszt realizacji przedmiotu dofinansowania: Przewidywany koszt zakupu i montażu przedmiotu/urządzenia/sprzętu wynosi - wpisane: 35 000,00 (dopuszcza się zapis 35 000). Deklarowane środki własne (5 %) wynoszą - wpisane: 1 750,00 (dopuszcza się zapis 1 750)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | W pozycji 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 - wpisane: 8 049,00 (dopuszcza się zapis 8 049), podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi - wpisane: 2 683,00 (dopuszcza się zapis 2 683). Liczba osób w gospodarstwie domowym (łącznie z Wnioskodawcą) wynosi - wpisane: 3 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Przebieg 1: Oklepywanie klatki piersiowej osobie podopiecznej leżącej w łóżku, a następnie przemieszczenie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki**

Zdający na wykonanie oklepywania klatki piersiowej i przemieszczenia osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki ma przeznaczone 35 minut. Po przekroczeniu 40 minut Przewodniczący ZN skieruje do Zdającego komunikat „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny  
 Uwaga. Jeżeli Zdający w poszczególnych kryteriach markuje wykonywanie czynności, a ich nie wykonuje, to nie należy uznawać danego kryterium za spełnione

Zdający kolejno:

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1  | poinformował osobę podopieczną o zamiarze wykonania oklepywania klatki piersiowej oraz przemieszczenia z łóżka na wózek inwalidzki i zapytał o zgodę na wykonanie czynności<br><i>Na potrzeby egzaminu kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli Zdający poinformuje i zapyta o zgodę po umyciu/ zdezynfekowaniu rąk</i><br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli Zdający poinformuje o przemieszczaniu z łóżka na wózek inwalidzki i zapyta o zgodę bezpośrednio przed przemieszczaniem</i> |  |  |  |  |  |  |
| 2  | umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył rękawiczki jednorazowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 3  | ułożył osobę podopieczną na boku/posadził osobę podopieczną, odsłonił plecy/zdjął koszulę nocną osobie podopiecznej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 4  | pod usta/pod brodę osoby podopiecznej podłożył ręcznik papierowy/miskę nerkową lub podał osobie podopiecznej, wykonał oklepywanie klatki piersiowej dłonią ułożoną w "łódkę" od podstawy do szczytów płuc, po obu stronach kręgosłupa                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
| 5  | umieścił wózek inwalidzki obok łóżka, rozsunął podnóżki na boki/uniósł podnóżki wózka/zdjął podnóżki wózka, zablokował koła wózka hamulcami                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 6  | posadził osobę podopieczną na brzegu łóżka ze spuszczonej nogami, stanął twarzą do osoby podopiecznej, założył ręce osoby podopiecznej na swoje barki/biodra, dokonał pionizacji osoby podopiecznej<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu kończyny górne opadną</i><br><i>Uwaga. Kryterium <u>nie należy</u> uznać za spełnione, jeżeli Zdający podczas pionizacji ciągnął osobę podopieczną za kończyny górne</i>                                                   |  |  |  |  |  |  |
| 7  | ruchem obrotowym przemieścił osobę podopieczną w stronę wózka inwalidzkiego i posadził na siedzisku wózka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 8  | dosunął plecy osoby podopiecznej do oparcia wózka tak, żeby w całości dotykały oparcia wózka, ustawił jej stopy na podnóżkach wózka<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli po posadzeniu osoby podopiecznej na wózku, ze względu na konstrukcję fantomu, jego plecy i stopy będą bezwładnie opadać</i>                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 9  | kończyny górne/przedramiona osoby podopiecznej ułożył na podłokietnikach/na kolanach, zapytał osobę podopieczną o wygodę/samopoczucie<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu, kończyny górne zsuną się z podłokietników</i>                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |
| 10 | użyte rękawiczki wyrzucił do kosza/pojemnika z napisem: "Odpady zmieszane", zdezynfekował ręce                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |

Egzaminator .....

.....