

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

Oznaczenie 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.01-01-23.01-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2023

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 zapisz 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 osobie podopiecznej leżącej w łóżku okład zimny (wysychający) z roztworu Altacetu na obrzęk znajdujący się w okolicy przedniej prawego przedramienia. Czynności wykonaj na fantomie osoby dorosłej traktując go jak osobę podopieczną. Komunikuj się z osobą podopieczną 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 stanowisku wykonaj w czasie nie dłuższym niż 40 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN przerwie Ci wykonywanie czynności słowami „czas minął”, oznaczającymi zakończenie procesu oceny przez egzaminatora.

Do wykonania zadania wykorzystaj sprzęt, materiały i środki udostępnione na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. Postępuj zgodnie z procedurami, uwzględniając zasady ergonomii oraz przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy.

Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko 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 osoby podopiecznej	
Nazwisko	Buczek
Imię	Krzysztof
Data i miejsce urodzenia	02.09.1971 r. Chorzów
Nr dowodu osobistego	BKN 369852
Nr PESEL	71090224893
Adres zamieszkania	41-450 Chorzów, ul. Akacyjowa 18 d/43
Numer telefonu	503 101 987
Numer konta bankowego	12 1223 4000 1444 4000 1665 1454
Miesięczne dochody (netto) rodziny	- renta okresowa osoby podopiecznej z tytułu całkowitej niezdolności do pracy - 1560,00 zł, - renta rodzinna syna (Bartosza Buczka) - 1450,00 zł, - stypendium socjalne syna (Bartosza Buczka) - 350,00 zł.
Sytuacja osoby podopiecznej	
Sytuacja rodzinna i zawodowa	<p>Pan Krzysztof jest wdowcem. Mieszka z 23-letnim synem, który studiuje stacjonarnie na Politechnice Śląskiej. W miarę możliwości syn wspomaga ojca w codziennych czynnościach. Przed chorobą podopieczny pracował jako kierowca zawodowy. Interesował się samochodami, naprawiał w garażu stare modele samochodów i motocykli, często jeździł na złoty zabytkowych pojazdach. Obecnie bardzo tęskni za swoim hobby i aktywnym spędzaniem wolnego czasu.</p> <p>Podopieczny ma siostrę, która wraz z rodziną mieszka w sąsiedniej miejscowości, w weekendy wspiera brata i bratanka w czynnościach domowych takich jak większe porządki, pranie, prasowanie.</p> <p>Pan Krzysztof nie utrzymuje kontaktów z dalszą rodziną, znajomi sporadycznie go odwiedzają. Czuje się samotny, brakuje mu spotkań z kolegami, z którymi kiedyś dzielił wspólne pasje.</p>
Sytuacja mieszkaniowa	<p>Podopieczny mieszka w 2 pokojowym mieszkaniu z kuchnią i łazienką na II piętrze w bloku z windą i podjazdem dla wózków. Mieszkanie jest przystosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością.</p>
Sytuacja zdrowotna	<p>Pan Krzysztof od kilkunastu lat choruje na nadciśnienie tętnicze. Kilka miesięcy temu przeżył rozległy udar niedokrwienny 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 (na okres 3 lat) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.</p> <p>Większość czasu spędza leżąc w łóżku lub siedząc w fotelu. Wymaga pomocy przy ubieraniu się, rozbieraniu, kąpiel, myciu głowy i goleniu. Je samodzielnie, ale nie jest w stanie przygotować sobie posiłków. Kontroluje i sygnalizuje oddawanie moczu i stolca. Podczas prób chodzenia przy pomocy balkonika odczuwa zawroty głowy, czasami traci równowagę. Jest mu trudno samodzielnie zmieniać pozycję ciała i siadać w fotelu. Nie ma wózka inwalidzkiego, który umożliwiłby mu bezpieczne poruszanie się po mieszkaniu; chciałby go zakupić. Od chwili powrotu ze szpitala podopieczny nie wychodzi z mieszkania. Ćwiczenia usprawniające zlecone przez lekarza rehabilitacji wykonuje niechętnie i niesystematycznie. Propozycję lekarza neurologa udziału w turnusie rehabilitacyjnym odrzucił.</p> <p>Wczoraj wieczorem podopieczny potknął się o dywanik i upadł na podłogę. W okolicy przedniej prawego przedramienia pojawił się obrzęk. Dzisiaj odczuwa ból przedramienia. Lekarz nie stwierdził innych obrażeń ciała, zlecił wykonywanie na obrzęk okładów zimnych (wysychających) z roztworu Altacetu.</p>
Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne i sprzęt ortopedyczny	<p>W obecnej sytuacji konieczny jest zakup wózka inwalidzkiego ręcznego. Całkowity koszt sprzętu – 2000,00 zł. Na podstawie zlecenia lekarza neurologa podopieczny otrzymał decyzję o refundacji z NFZ w kwocie 600,00 zł. Pan Krzysztof chciałby również uzyskać dofinansowanie ze środków PFRON zakupu wózka inwalidzkiego ręcznego, przelewem na osobiste konto bankowe.</p>

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 wykonania osobie podopiecznej leżącej w łóżku okładu zimnego (wysychającego) z roztworu Altacetu na obrzęk znajdujący się w okolicy przedniej prawego przedramienia.

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: (należy wstawić znak X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)			
<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) <input type="checkbox"/> inwalida I grupy <input type="checkbox"/> inwalida II grupy <input type="checkbox"/> inwalida III grupy			
3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy: (należy wstawić znak X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)			
<input type="checkbox"/> zatrudniony/pracujący <input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> zatrudniony w zakładzie pracy chronionej <input type="checkbox"/> osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca <input type="checkbox"/> dziecko lub młodzież do lat 18 <input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> emeryt			
4. Nazwa przedmiotu, o którego dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca: (należy wstawić znak X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/>)			
<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki dziecięcy <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki ręczny <input type="checkbox"/> buty ortopedyczne <input type="checkbox"/> worki stomijne <input type="checkbox"/> balkonik <input type="checkbox"/> nebulizator <input type="checkbox"/> peruka <input type="checkbox"/> inne.....			

5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:*(do dochodu nie wlicza się stypendium socjalnego)*

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:

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, wynosizł.

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

