

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług opiekuńczych**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.05**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

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

**Z.05-01-15.08**

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE  
Rok 2015  
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**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\*,
  - symbol cyfrowy zawodu,
  - oznaczenie kwalifikacji,
  - numer zadania,
  - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego część praktyczną egzaminu (ZNCP).
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 ZNCP.
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 ZNCP.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego ZNCP.
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 tożsamości

## **Zadanie egzaminacyjne**

Na podstawie opisu sytuacji pani Zofii Nowik, przebywającej w środowisku domowym opracuj plan opieki nad podopieczną w okresie trwania choroby infekcyjnej oraz wypełnij wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, a następnie wykonaj w łóżku mycie zębów, twarzy, uszu, szyi, klatki piersiowej, kończyn górnych i pleców oraz dokonaj zmiany koszuli nocnej.

Przed wykonaniem toalety przez podniesienie ręki zgłoś Przewodniczącemu ZNCP gotowość do wykonania zadania. Postępuj zgodnie z procedurami, uwzględniając przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy. Wykorzystaj do wykonania zadania sprzęt, materiały i środki udostępnione na stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko pracy.

### **Opis sytuacji**

Pani Zofia Nowik od dwudziestu lat choruje na stwardnienie rozsiane. Ma osłabioną ostrość widzenia, częste zawroty głowy. Występuje u niej spowolnienie ruchowe. Z powodu zaburzeń chodu porusza się przy pomocy kul łokciowych. Pani Zofia ma częste zmiany nastroju. Wymaga codziennych, systematycznych ćwiczeń usprawniających zleconych przez rehabilitanta. Przyjmuje zalecone przez lekarza leki. Bardzo chciałaby wyjechać na turnus rehabilitacyjny i uzyskać dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Ostatni raz korzystała z dofinansowania w 2011 roku.

Podopieczna wymaga pomocy podczas wykonywania codziennych czynności domowych, takich jak sprzątanie, gotowanie ciepłych posiłków, robienie zakupów, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, załatwianie spraw w urzędach. Czynności higieniczne wykonuje częściowo samodzielnie, potrzebuje pomocy podczas kąpieli czy pielęgnowaniu paznokci dłoni i stóp.

Pani Zofia jest osobą samotną. Ma starszą o 5 lat siostrę, która w miarę możliwości jej pomaga. Czasami odwiedzają ją koleżanki z byłej pracy. Pani Zofia interesuje się muzyką klasyczną, ma duży zbiór ulubionych płyt.

Obecnie pobiera rentę z ZUS w wysokości 986 zł; ma orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy.

Mieszkanie pani Zofii wyposażone jest w podstawowy sprzęt gospodarstwa domowego, łazienka dostosowana jest do potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Obecnie podopieczna jest bardzo osłabiona, ma wysoką temperaturę, obficie poci się. Po wizycie domowej lekarza okazało się, że pani Zofia ma zapalenie oskrzeli. Lekarz zalecił leżenie w łóżku i farmakoterapię.

### **Dane osobowe podopiecznej**

Urodzona: 25 marca 1961 r.

PESEL: 61032507729

Adres zamieszkania: 91-926 Łódź, ul. Admiralska 5/63

Telefon: 42 664 24 86

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.**

**Ocenię podlegać będą 2 rezultaty:**

- Plan opieki w okresie trwania choroby infekcyjnej,
- Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

oraz

przebieg mycia zębów, twarzy, uszu, szyi, klatki piersiowej, kończyn górnych i pleców podopiecznej leżącej w łóżku wraz ze zmianą koszuli nocnej.

### Plan opieki w okresie trwania choroby infekcyjnej

Problemy podopiecznej	Planowane działania

<b>Problemy podopiecznej</b>	<b>Planowane działania</b>

# Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(fragment)

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny, a w przypadku osoby niepełnoletniej przedstawiciel ustawowy)

Imię i nazwisko wnioskodawcy .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Adres do korespondencji .....

Data urodzenia ..... nr telefonu .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka\*\* .....

## POSIADANE ORZECZENIE \*\*\*

- o całkowitej  o częściowej niezdolności do pracy  
 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  o niezdolności do samodzielnej egzystencji  
 o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON\*\*\*

TAK (podać rok) .....  NIE

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej\*\*\*  TAK  NIE

## OŚWIADCZENIE

*Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... zł.*

*Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....*

*Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.*

*Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*\**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).*

.....  
(miejscowość) (data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* nie dotyczy dorosłych uczestników

\*\*\* właściwe zaznaczyć

\*\*\*\* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

## Wypełnia pracownik PCPR

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

*Uwaga: Od 1 stycznia 1998 r. podstawą do uznania osoby za niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy o rehabilitacji jest wyłącznie orzeczenie wydane przez powiatowy lub wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.*

