

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

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.08**

Numer zadania: **01**

*Arkusze zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL i z kodem
ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Z.08-01-15.01

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

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

Układ graficzny © CKE 2015

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 7 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego część praktyczną egzaminu.
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

U 23-letniej Malwiny Król na skutek wypadku samochodowego wystąpił niedowład kończyn dolnych, uszkodzenie nerwu wzrokowego oraz epilepsja pourazowa. Wypadek spowodował też pojawienie się zaburzeń lękowych. U podopiecznej orzeczono umiarkowany stopień niepełnosprawności.

Obecnie pani Malwina jest pod stałą kontrolną psychiatry i psychologa. W opinii psychologa pani Malwina w dalszym ciągu wymaga dużego wsparcia ze strony rodziny. Podopieczna pragnie rozwijać swoje zainteresowania, pracować i mieć wpływ na własne życie. Ważne są dla niej relacje z rodziną. Największym problemem są bariery architektoniczne w mieszkaniu – brak dostosowanej łazienki, co w znacznym stopniu utrudnia czynności higieniczno–pielęgnacyjne. Podopieczna ma znaczną nadwagę. Brak jej wiary w siebie. Jest nerwowa, niecierpliwa, nieodporna na stres. Adekwatność okazywanych emocji do sytuacji jest zaburzona. Na co dzień wymaga wsparcia osoby drugiej w czynnościach opiekuńczo–pielęgnacyjnych oraz w pełnieniu ról społecznych, zawodowych i edukacyjnych. Ma trudności z podejmowaniem interakcji społecznych. Porusza się na wózku inwalidzkim. Każdego dnia uczestniczy w zajęciach specjalistycznych z rehabilitantem wraz ze swoim osobistym AON w Szpitalu Miejskim. Jej zainteresowania to literatura psychologiczno–pedagogiczna, język angielski, podróże, sztuki plastyczne, muzyka i film.

Pani Malwina ma wykształcenie ogólnokształcące maturalne oraz policealne w zawodzie technik farmaceutyczny. Od czasu wypadku ma problemy ze znalezieniem pracy. Pochodzi z pełnej rodziny. W chwili obecnej pani Natalia Król, matka Malwiny jest na emeryturze i zajmuje się gospodarstwem domowym, a pan Karol Król, ojciec podopiecznej, prowadzi własną działalność gospodarczą. Rodzina mieszka w Koszalinie w mieszkaniu trzypokojowym na parterze, w którym występują znaczne bariery architektoniczne. Malwina ma swój pokój, komputer z dostępem do internetu, telefon komórkowy. Problemem jest utrudniony dostęp do urzędów gospodarstwa domowego i pomieszczeń sanitarnych. W środowisku domowym nie zaobserwowano problemów finansowych. Źródłami utrzymania rodziny są (kwoty netto): renta podopiecznej 950 zł, dodatek pielęgnacyjny 186 zł, emerytura matki 1450 zł, pensja ojca w wysokości 2150 zł.

Podopieczna planuje podjąć dalszą edukację na studiach I stopnia w Instytucie Edukacji. Cała rodzina i znajomi wspierają ją w tej decyzji.

Dokonaj diagnozy problemów i potrzeb oraz opracuj wykaz celów terapeutycznych dla 23-letniej Malwiny Król. Uzupełnij wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej. Następnie zgłoś Przewodniczącemu ZNCP gotowość do przeniesienia podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki i po uzyskaniu zgody Przewodniczącego wykonaj ręczny transfer podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki. Zadanie wykonaj na fantomie traktując go jak rzeczywistą podopieczną, stosuj przepisy BHP. Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko pracy.

Do opracowania zadania wykorzystaj dokumentację zawartą w arkuszu egzaminacyjnym. Arkusz pozostaw na stoliku.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- Rozpoznane potrzeby i problemy podopiecznej,
- Wykaz celów terapeutycznych,
- Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania

oraz

- przebieg wykonania ręcznego transferu podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki.

Rozpoznane problemy i potrzeby podopiecznej

PROBLEMY	
Zdrowotne	
Spoleczne	
Zawodowe	
Emocjonalne	
POTRZEBY	
Potrzeby psychospoleczne	

Wykaz celów terapeutycznych

AKTYWIZACJA PSYCHICZNA	
AKTYWIZACJA SPOŁECZNA	
USPRAWNIANIE FIZYCZNE	
MOTYWOWANIE DO PODEJMOWANIA DZIAŁAŃ	

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KOSZALINIE

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (proszę wypełniać drukowanymi literami)

.....
imię i nazwisko Prezydent Miasta Koszalin

seria DXX nr 775533 wydany w dniu...25.06.19XX.... przez

dowód osobisty

nr PESEL XX050607729 nr NIP

miestowość ulica...Polna..... nr domu...14... nr lokalu...3...

adres zamieszkania

nr kodu... 75-827..... poczta... Koszalin..... powiat...koszaliński.....

województwo....zachodniopomorskie.....

I. A. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI¹

1. znaczny	
▪ inwalidzi I grupy	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
▪ osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
▪ inwalidzi II grupy	
▪ osoby całkowicie niezdolne do pracy	
▪ inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
▪ pozostali inwalidzi III grupy	
▪ osoby częściowo niezdolne do pracy	
▪ osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I. B. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI¹

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

¹ wstawić X we właściwej rubryce

II. A. SYTUACJA MIESZKANIOWA – OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA*

1. dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, komunalny, wielorodzinny spółdzielczy
2. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy:.....1997 r.....
5. opis mieszkania: pokoje (proszę podać liczbę)
z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc.
6. łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę.
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, cieplej, kanalizacja, CO, prąd, gaz
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-

* *właściwe podkreślić*

II. B. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE¹

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami spokrewnionymi	

¹ *wstawić X we właściwej rubryce*

II.C. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ (W TYM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE).

Imię i nazwisko – pokrewieństwo/powinowactwo	Niepełnosprawność (2)		Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **
	stopień	rodzaj	

**III. PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD PODZIELONY PRZEZ LICZBĘ OSÓB
WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM WYNOŚI: ZŁ****

**IV. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

	(1)	(2)
na likwidację barier urbanistycznych i architektonicznych:		
a) nie korzystałem	X	
b) korzystałem		
korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się		
korzystałem na inne cele i jestem w trakcie rozliczenia		
korzystałem i nie rozliczyłem się		

* właściwe podkreślić

** przeciętny miesięczny dochód – suma miesięcznego przychodu bez względu na tytuł i źródło jego uzyskania pomniejszony o miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz o składki na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenia społeczne oraz o alimenty świadczone na rzecz innych

V. CEL KWALIFIKACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VII. TERMIN ROZPOCZĘCIA I PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

Termin rozpoczęcia prac:.... wrzesień 2015 roku...., czas realizacji:....30 dni.....

VIII. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

ul.Polna..... nr domu.....14..... nr lokalu...3..... Miejscowość...Koszalin.....

IX. KOSZT ZADANIA

PRZEWIDYWANY KOSZT OGÓLNY (wynikający z załączonych kosztorysów) Cyframi:.....5000 zł..... Słownie:..... pięć tysięcy złotych.....
DEKLAROWANE ŚRODKI WŁASNE:.....20%..... Cyframi:....1000 zł.... (co najmniej 20% kosztu ogólnego %) Słownie:...tysiąc złotych....
INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANA:..... BRAK.....