

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

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.08**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

Z.08-01-17.06

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2017

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*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu.
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.
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

Na podstawie zamieszczonego fragmentu wywiadu środowiskowego:

- opracuj diagnozę problemów i potrzeb podopiecznego,
- wypełnij w imieniu podopiecznego wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania. Za datę wypełnienia wniosku przyjmij datę egzaminu.

Formularze do wypełnienia są zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym.

U podopiecznego leżącego w łóżku (fantom osoby dorosłej) wykonaj całkowitą zmianę bielizny pościelowej.

Uwaga: Przed wykonaniem zmiany bielizny przez podniesienie ręki zgłoś Przewodniczącemu ZN gotowość do wykonania zadania. Po uzyskaniu zgody przystąp do wykonania czynności.

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, a arkusz egzaminacyjny z wypełnioną dokumentacją pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym.

Zadanie praktyczne (całkowitą zmianę bielizny pościelowej) wykonaj w czasie nie dłuższym niż 35 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN przerwie Ci wykonanie zadania słowami „czas minął”.

Fragment wywiadu środowiskowego

I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

Imię i nazwisko: *Jan Mickiewicz*

Data i miejsce urodzenia: *27 lutego 1982 r., Warszawa*

Seria i numer dowodu osobistego: *BCB 23021314*

Pesel: *82022704331*

Adres zamieszkania: *08-400 Garwolin, ul. Kościuszki 5 m 2*

Numer telefonu: *504 203 607*

II. SYTUACJA MIESZKANIOWA PODOPIECZNEGO

Podopieczny mieszka wraz z żoną i dziećmi w trzypokojowym własnym budynku jednorodzinnym, z podjazdem dla wózków. Mieszkanie zostało dostosowane do potrzeb osoby poruszającej się na wózku, oprócz łazienki, w której pozostawiono wannę.

III. SYTUACJA ZAWODOWA I MATERIALNA

Wykształcenie: *zawodowe. Pracował na stanowisku kierowcy autobusu.*

Źródło utrzymania i dochód rodziny (netto):

- renta okresowa podopiecznego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w wysokości 1100,00 zł, zasiłek pielęgnacyjny 153,00 zł,
- wynagrodzenie żony w wysokości: 2 350,00 zł.

IV. SYTUACJA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA OSOBY

Pan Jan Mickiewicz od pięciu lat choruje na stwardnienie rozsiane, którego przebieg spowodował duże zmiany w organizmie i doprowadził do niepełnosprawności. Ma orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności, jest całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji. Jest osobą leżącą, w skali Norton otrzymał 12 punktów. Współpracuje przy zmianie pozycji, lecz samodzielnie jej nie zmienia. Ostatni rzut choroby pozostawił znacznego stopnia niedowład spastyczny kończyn dolnych. Niedowład i drżenie kończyny górnej prawej utrudniają mu pisanie, wykonywanie czynności precyzyjnych. Wykorzystując lewą kończynę górną i możliwości prawej kończyny górnej sam spożywa posiłki.

Podopieczny nie wykonuje samodzielnie czynności higienicznych. Nie przyjmuje systematycznie leków zleconych przez neurologa. Z powodu nietrzymania moczu wymaga zastosowania pieluchomajtek. Często spożywa słodczyce, je obfite posiłki i podjada między posiłkami. Występują zaparcia atoniczne.

Pan Jan jest świadomy postępu choroby i braku możliwości powrotu do pracy. Uskarża się na ciągłe zmęczenie, często śpi w ciągu dnia, ma zaburzenia snu w nocy. Przed chorobą grał w piłkę nożną, interesował się literaturą podróżniczą, grał w szachy z żoną lub kolegami. Obecnie jest bierny, niechętny do działań, cały czas ogląda telewizję. Niewyraźna i cicha mowa spowodowała zerwanie kontaktów z kolegami i dalszą rodziną. Trzy razy w tygodniu, rehabilitant wykonuje z podopiecznym ćwiczenia czynno-bierne, przesadza go na fotel i wózek inwalidzki. Mężczyzna cały dzień pozostaje w mieszkaniu, nie wyjeżdża na zewnątrz na spacer.

V. SYTUACJA RODZINNA

Pan Jan mieszka z żoną, która po pracy opiekuje się mężem i zajmuje się niepełnoletnimi synami (10 lat, 5 lat). Jest przemęczona i nie radzi sobie ze wszystkimi obowiązkami. Dotychczas w opiece nad chorym mężem pomagała jej dochodząca teściowa, która obecnie ze względu na swój stan zdrowia sama wymaga pomocy. Mężczyzna nie interesuje się dziećmi, problemami rodzinnymi. Jest skoncentrowany na swoich potrzebach. Wymaga natychmiastowej reakcji na jego polecenia, często złości się. Między małżonkami narastają konflikty.

VI. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Wskazana jest pomoc innej osoby w wykonywaniu czynności higienicznych, pielęgnacyjnych, zleconych ćwiczeń rehabilitacyjnych, załatwianiu wizyt lekarskich, spraw urzędowych. Otyłość, postępujący charakter choroby, niedowłady spastyczne znacznego stopnia kończyn dolnych, utrudniają przesadzanie podopiecznego na wózek inwalidzki i korzystanie z kąpieli w wannie.

Zakup podnośnika nosidłowego, którego koszt wynosi 5 200,00 zł, umożliwiłoby osobie opiekującej się mężczyzną wykonywanie tych czynności. Mężczyzna nigdy nie korzystał ze środków PFRON.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- diagnoza problemów i potrzeb podopiecznego,
 - Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania oraz
- przebieg wykonania całkowitej zmiany bielizny pościelowej u podopiecznego leżącego w łóżku.

Diagnoza problemów i potrzeb podopiecznego

Problemy podopiecznego	Potrzeby podopiecznego

Problemy podopiecznego	Potrzeby podopiecznego

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania**1. Dane osobowe Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko		Data i miejsce urodzenia	
Numer PESEL		Seria i numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania		Telefon kontaktowy	

2. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik:*(należy wstawić X w odpowiednim polu)***1. znaczny:**

- ☐ inwalida I grupy
- ☐ osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji
- ☐ osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- ☐ osoba w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny

2. umiarkowany:

- ☐ inwalida II grupy
- ☐ osoba całkowicie niezdolna do pracy
- ☐ inwalida III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę

3. lekki:

- ☐ inwalida III grupy
- ☐ osoba częściowo niezdolna do pracy
- ☐ osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym

3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy:*(należy wstawić X w odpowiednim polu; *niepotrzebne skreślić)*

- ☐ zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą*
- ☐ zatrudniony w zakładzie pracy chronionej
- ☐ osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*
- ☐ rencista*/ emeryt* niezainteresowany podjęciem pracy*
- ☐ dziecko lub młodzież do lat 18

4. Rodzaj źródła utrzymania:*(należy wstawić X w odpowiednim polu; *niepotrzebne skreślić)*

- ☐ wynagrodzenie za pracę
- ☐ przychody z działalności gospodarczej
- ☐ renta stała*/emerytura*
- ☐ renta okresowa*/szkoleniowa*
- ☐ zasiłek dla bezrobotnych
- ☐ zasiłek socjalny
- ☐ alimenty */inne*

5. Wykaz przedmiotów, o których dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca			
6. Cel dofinansowania (uzasadnienie składanego wniosku)			
7. Ogólny koszt przedmiotów (100%) wynosi		 zł	
8. Wnioskowana kwota dofinansowania (95%) wynosi		 zł	
9. Deklarowane środki własne (5%) wynoszą		 zł	
10. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON (należy wstawić [X] w odpowiednim polu)			
Czy w ciągu ostatnich trzech lat Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON na cel o który się ubiega: TAK ☐ NIE ☐			
Rok otrzymania dofinansowania Wysokość przyznanego dofinansowania zł			
11. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:			
Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto – bez wliczania zasiłków) obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi zł, a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi zł 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.			
Data wypełnienia wniosku	dd mm rrrr	Podpis wnioskodawcy	XXXXXXXXXXXXXXXX