Arkusz zawiera informacje prawnie chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu

Układ graficzny © CKE 2018

CENTRALNA KOMISJA EGZAMINACYJNA

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizowanie wsparcia osobie niepełnosprawnej**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.08**
Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

Miejsce na naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka

Z.08-01-18.06
Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2018
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 przekaż 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*

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Zadanie egzaminacyjne

Na podstawie zamieszczonego fragmentu wywiadu środowiskowego opracuj diagnozę problemów i potrzeb podopiecznej oraz wypełnij w imieniu podopiecznej wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla osób niepełnosprawnych. Za datę wypełnienia wniosku przyjmij datę egzaminu.

Formularze do wypełnienia są zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj mycie głowy podopiecznej leżącej w łóżku. Gotowość wykonania zabiegu zasygnalizuj przewodniczącemu ZN przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody przystąp do wykonania czynności. Mycie głowy wykonaj w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN skieruje komunikat „czas minął" oznaczający zakończenie procesu oceny przez egzaminatora. Do wykonania zadania praktycznego wykorzystaj materiały, środki i przybory udostępnione na stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. Podczas pracy przestrzegaj zasad i procedur wykonywania czynności oraz przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy.

Po ukończeniu zabiegu uporządkuj stanowisko pracy. Arkusz egzaminacyjny pozostaw na stoliku.

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Wywiad środowiskowy – fragment

I. Dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad		
1	Nazwisko	Burak
2	Imię	Anna
3	Data i miejsce urodzenia	02.05.1978 r. Bydgoszcz
4	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	AZF 011223
5	PESEL	78050233427
6	Adres zameldowania/pobytu oraz numer telefonu	85-154 Bydgoszcz, ul. Czapli 8 m 4 tel. 602 206 789
7	Numer konta osobistego	12 1334 5000 1334 4000 1445 1556
8	Dochody rodziny	Źródłem utrzymania rodziny, od wielu miesięcy, jest (netto): – renta okresowa podopiecznej (Anny Burak) z tytułu częściowej niezdolności do pracy w wysokości 1100,00 zł, – emerytura matki (Marii Burak) w wysokości: 2760,00 zł
II. Opis sytuacji osoby/rodziny		
9	Sytuacja rodzinna	Mieszka wspólnie z 65-letnią matką (Marią Burak), która jest na emeryturze i pomaga córce. Obecnie matka ma założony opatrunek gipsowy na kończynę górną prawą. Starsza siostra, wraz z rodziną, mieszka w odległej o 100 km miejscowości i w weekendy wspiera siostrę pomocą.
10	Sytuacja mieszkaniowa	Pani Anna mieszka z matką na IV piętrze w bloku z windą, mieszkanie to 2 pokoje z kuchnią i łazienką. Blok i mieszkanie są dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej.
11	Sytuacja zdrowotna	Pani Anna Burak od dziesięciu lat choruje na stwardnienie rozsiane. Ma (na okres 3 lat) orzeczony umiarkowany stopień niepełnosprawności. Dwa tygodnie temu wróciła ze szpitala, w którym przebywała z powodu nowego rzutu choroby (leczenie i rehabilitacja). Objawy już istniejące uległy natężeniu oraz pojawiły się nowe. Obecnie występuje znacznego stopnia niedowład spastyczny kończyn dolnych, oczopląs, mowa jest powolna i niewyraźna. Drżenie kończyny górnej prawej (drżenie zamiarowe) utrudnia wykonywanie czynności celowych, precyzyjnych. Przy utrzymaniu higieny całego ciała wymaga pomocy innych. Pani Anna jest świadoma postępu choroby. Po powrocie ze szpitala jest smutna, często płacze, nie wykazuje aktywności, samodzielnie spożywa jedynie posiłki i myje zęby. Większość czasu przebywa w łóżku. W skali Norton otrzymała 11 punktów. Współpracuje przy zmianie pozycji, lecz samodzielnie jej nie zmienia. Z rozmowy wynika, że niepokoi się o swoje zdrowie i przyszłość. Uskarża się na ciągłe zmęczenie, często śpi w ciągu dnia, nie może spać w nocy. Doszło do zerwania kontaktów z koleżankami i dalszą rodziną. Trzy razy w tygodniu rehabilitant ćwiczy z podopieczną. Jest przesadzana na fotel.
12	Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne i sprzęt ortopedyczny	Z powodu nietrzymania moczu wymaga korzystania z pieluchomajtek (otrzymuje refundację z NFZ). Pani Anna dotychczas korzystała z chodzika, lecz po ostatnim rzucie choroby konieczny jest zakup wózka inwalidzkiego ręcznego. Całkowity koszt sprzętu – 2000,00 zł. Na podstawie zlecenia od lekarza neurologa wczoraj otrzymała refundację z NFZ w kwocie 600,00 zł. Chciałaby otrzymać dofinansowanie ze środków PFRON na zakup wózka ręcznego, przelewem na osobiste konto bankowe.
III. Wnioski pracownika socjalnego		
Wskazana jest pomoc innej osoby w wykonywaniu czynności higienicznych, pielęgnacyjnych, zleconych ćwiczeń rehabilitacyjnych, przesadzania podopiecznej na wózek inwalidzki/fotel, załatwiania wizyt lekarskich.		

Podpis pracownika socjalnego: *Justyna Nowak*

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- diagnoza problemów i potrzeb podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla osób niepełnosprawnych

oraz

przebieg mycia głowy podopiecznej leżącej w łóżku.

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Diagnoza problemów i potrzeb podopiecznej

Problemy podopiecznej	Potrzeby podopiecznej

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla osób niepełnosprawnych

1. Dane osobowe Wnioskodawcy:			
Imię i nazwisko		Data i miejsce urodzenia	
Numer PESEL		Seria i numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania (pełny, z kodem pocztowym)		Telefon kontaktowy	

2. Posiadane orzeczenie: *(należy wstawić [X] w odpowiednim polu)*

- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności
- ☐ lekki stopień niepełnosprawności
- ☐ o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)
- ☐ inwalida I grupy
- ☐ inwalida II grupy
- ☐ inwalida III grupy

3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy: *(należy wstawić [X] w odpowiednim polu)*

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

4. Nazwa przedmiotu, o którego dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca *(należy wstawić [X] w odpowiednim polu)*

- ☐ wózek inwalidzki dziecięcy
- ☐ wózek inwalidzki ręczny
- ☐ buty ortopedyczne
- ☐ worki stomijne
- ☐ balkonik
- ☐ nebulizator
- ☐ peruka
- ☐ inne……

5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym
*Uwaga! Do dochodu **nie wlicza się** świadczenia pielęgnacyjnego, dodatku i zasiłku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych*

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Miesięczny dochód netto [zł]
Dane dotyczące Wnioskodawcy			

Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą			

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

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, 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.

7. Forma przekazania dofinansowania: *(proszę wstawić [X] w odpowiednim polu)*

- ☐ Wyrażam zgodę na wypłatę dofinansowania w kasie
- ☐ Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto osobiste

Numer konta bankowego:

_ _

Data wypełnienia wniosku	_ _ _ _ _ _ _ _ dd mm rrrr	**Podpis wnioskodawcy**	**XXXXXXXXXXXXXX**

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl