

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

Symbol kwalifikacji: **Z.08**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Z.08-01-24.01-SG

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2024

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2012**

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 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 informacji o osobie podopiecznej¹⁾ zawartych w arkuszu egzaminacyjnym sporządź wykaz problemów osoby podopiecznej oraz wykaz działań opiekuńczo-wspierających adekwatnych do zdiagnozowanych problemów oraz wypełnij, w imieniu osoby podopiecznej, wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Do opracowania zadania wykorzystaj formularze zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykonaj mycie głowy osobie podopiecznej leżącej w łóżku. Czynności wykonaj na fantomie osoby dorosłej traktując go jako osobę podopieczną. Komunikuj się z osobą podopieczną cicho, by nie przeszkadzać innym zdającym.

Przed przystąpieniem do wykonania czynności na fantomie, zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego gotowość do ich wykonania. Po uzyskaniu zgody przystąp do pracy. Czynności na fantomie 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 stanowisku egzaminacyjnym. 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 egzaminacyjnym.

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)

I. Dane osoby podopiecznej

Imię i nazwisko: *Adrian Mulawik*

Data i miejsce urodzenia: *24.07.1983 r., Wrocław*

Numer dowodu osobistego: *BTY 427628*

PESEL: *83072406432*

Imiona rodziców: *Piotr, Krystyna*

Adres zamieszkania: *50-017 Wrocław, ul. Parkowa 6/28*

Numer telefonu: *504 013 216*

II. Sytuacja zdrowotna

Pan Adrian pół roku temu w trakcie wypadku komunikacyjnego stracił kończyny dolne. Posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - jest całkowicie niezdolny do pracy. Porusza się na wózku inwalidzkim. Ma zleconą rehabilitację ruchową 3 razy w tygodniu w zakładzie rehabilitacji oraz wykonywanie ćwiczeń w domu. Ćwiczenia usprawniające w domu wykonuje niechętnie i niesystematycznie.

Podopieczny ze względu na nadciśnienie tętnicze, musi przyjmować leki doustne. Nie przestrzega zleconej diety niskosodowej.

III. Sytuacja mieszkaniowa

Pan Adrian posiada mieszkanie spółdzielcze, na czwartym piętrze w 5-piętrowym budynku wielorodzinnym. W bloku jest winda i podjazd dla wózków inwalidzkich. Mieszkanie składa się z dwóch pokoi, kuchni i łazienki. Wyposażone jest w instalację elektryczną, gazową, kanalizacyjną, centralnego ogrzewania oraz ciepłej i zimnej wody. Mieszkanie jest dobrze wyposażone w sprzęty gospodarstwa domowego, ale nie jest dostosowane do potrzeb osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim. Wąskie drzwi do pomieszczeń i progi w przejściach utrudniają swobodne poruszanie się. W łazience jest wanna, brak uchwytów pomagających w korzystaniu z urządzeń sanitarnych.

Wymagana jest likwidacja progów oraz poszerzenie otworów drzwiowych, zakup i zamontowanie szerszych ościeżnic i drzwi do pomieszczeń w mieszkaniu. Należy też zdemontować wannę oraz zakupić i zamontować kabinę prysznicową i krzeselko prysznicowe. Niezbędny jest zakup i zamontowanie uchwytów w łazience przy sedesie i pod prysznicem.

Planowany przybliżony koszt remontu uwzględniający koszty zakupu materiałów i wykonania usługi wynosi 15000,00 zł. Wskazana jest pomoc finansowa w przeprowadzeniu remontu mieszkania.

Pan Adrian dotychczas nie korzystał ze środków PFRON.

IV. Sytuacja zawodowa i materialna

Wykształcenie: *średnie*

Zawód: *technik budownictwa*

Obecnie pan Adrian przebywa na rencie okresowej.

Wysokość świadczenia rentowego netto: 2140,00 zł. Innych źródeł dochodu nie posiada.

V. Oczekiwania osoby podopiecznej

Pan Adrian prosi o pomoc w wypełnieniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

VI. Ocena sytuacji osoby podopiecznej

Pan Adrian jest po rozwodzie, mieszka sam, nie ma dzieci, z byłą żoną nie utrzymuje kontaktów. Rodzice pana Adriana nie żyją, nie ma rodzeństwa. Nie radzi sobie z czynnościami dnia codziennego; ma trudności z samodzielnym wykonywaniem czynności porządkowych, toaletą ciała, robieniem zakupów oraz dotarciem na zabiegi rehabilitacyjne. Nie zawsze przyjmuje zleczone leki, bo nie ma ich kto wykupić, niesystematycznie mierzy ciśnienie tętnicze krwi, nie korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych. Nie utrzymuje kontaktów ze znajomymi, nie wykazuje zainteresowań. Jest zaniedbany, ma trudności z samodzielnym przebieraniem się, stwierdzono brak czystej odzieży.

Zalecana jest pomoc w zakresie utrzymania higieny osobistej i higieny otoczenia, robienia zakupów, wykupienia leków, załatwiania spraw urzędowych, dotarcia do lekarza i do ośrodka rehabilitacji dziennej.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- wykaz problemów osoby podopiecznej oraz wykaz działań opiekuńczo-wspierających adekwatnych do zdiagnozowanych problemów osoby podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

oraz

przebieg mycia głowy w misce/wanience pneumatycznej osobie podopiecznej leżącej w łóżku.

Wykaz problemów osoby podopiecznej oraz wykaz działań opiekuńczo-wspierających adekwatnych do zdiagnozowanych problemów osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej	Działania opiekuńczo-wspierające

Wykaz problemów osoby podopiecznej oraz wykaz działań opiekuńczo-wspierających adekwatnych do zdiagnozowanych problemów osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej	Działania opiekuńczo-wspierające

WNIOSEK²⁾

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

Wnioskodawca:

..... syn/córka*.....
imię i nazwisko *imię ojca*

nr PESEL: nr telefonu:.....

miejsowość: kod pocztowy: ulica: nr..... m.....
dokładny adres

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik**

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

II. Rodzaj niepełnosprawności**

- dysfunkcja narządu ruchu: osoby poruszające się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja kończyn górnych, dolnych
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- deficyt rozwojowy (niepełnosprawność intelektualna)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

III. Sytuacja zawodowa**

- zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*
- osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- bezrobotny
- rencista*/emeryt*
- dziecko lub młodzież do lat 18

* *niepotrzebne należy skreślić*

** *należy wstawić X we właściwej rubryce*

IV. Rodzaj źródła utrzymania**

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

V. Sytuacja mieszkaniowa**

1. dom:

- jednorodzinny
- wielorodzinny prywatny
- wielorodzinny komunalny
- wielorodzinny spółdzielczy

2. budynek:

- parterowy
- piętrowy, mieszkanie na piętrze (należy podać numer piętra)

3. opis mieszkania: liczba pokoi: (należy podać liczbę pokoi)

- z kuchnią, bez kuchni
- z łazienką, bez łazienki

4. łazienka wyposażona w:

- wannę
- brodzik
- kabinę prysznicową
- umywalkę
- sedes

5. instalacje w mieszkaniu:

- wody zimnej
- wody ciepłej
- kanalizacji
- centralnego ogrzewania
- gazowa
- elektryczna

6. Wnioskodawca mieszka:

- samotnie
- z rodziną
- z osobą niespokrewnioną

* *niepotrzebne należy skreślić*

** *należy wstawić X we właściwej rubryce*

VI. W okresie ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym złożono wniosek o dofinansowanie, miesięczny dochód (netto) przypadający na jedną osobę pozostającą w moim gospodarstwie domowym wynosi..... zł

VII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON**

Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON:

- TAK
- NIE

Rok otrzymania dofinansowania Wysokość przyznanego dofinansowania zł

VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych

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

IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych

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

X. Koszt realizacji przedsięwzięć (koszt całkowity) zł

XI. Wnioskowana kwota dofinansowania (95%) wynosi zł

XII. Deklarowane środki własne (5%) wynoszą zł

Upředzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 §1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, późn. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....
(podpis Wnioskodawcy*/przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego*/pełnomocnika*)

* *niepotrzebne należy skreślić*
** *należy wstawić X we właściwej rubryce*

2) Formularz wniosku został przygotowany na potrzeby egzaminu

