

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

Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**

Numer zadania: **03**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego\*

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

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120** minut.

SPO.01-03-23.06-SG

## EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2023

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA**  
**2019**

### 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 zapisz 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 podopiecznej <sup>1)</sup> zawartych w arkuszu egzaminacyjnym opracuj diagnozę problemów i potrzeb osoby podopiecznej oraz wypełnij, w imieniu osoby podopiecznej, wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania.

Do opracowania zadania wykorzystaj formularze zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym. Za datę wypełnienia wniosku przyjmij datę egzaminu.

Wykonaj mycie kończyn dolnych z obcięciem paznokci 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 rozpoczęciem pracy na indywidualnym stanowisku do wykonywania czynności higienicznych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych zgłoś, przez podniesienie ręki, przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego gotowość do ich wykonania. Po uzyskaniu zgody przystąp do pracy. Czynności na stanowisku 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 indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. 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 do pisania.

<sup>1)</sup> *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)

<b>I. DANE OSOBOWE OSOBY PODOPIECZNEJ</b>	
Imię i nazwisko	Artur Popiel
Data i miejsce urodzenia	15.01.2000 r. Szczecin
Numer PESEL	00011502930
Numer dowodu osobistego	CYZ 210011
Adres zamieszkania	05-402 Otwock, ul. Żyrardowska 67 m 5
Telefon kontaktowy	501 600 090
<b>II. SYTUACJA RODZINNA OSOBY PODOPIECZNEJ</b>	
<p>Podopieczny ma 11-letnią siostrę. Rodzice są po rozwodzie, matka pracuje w sklepie spożywczym w systemie zmianowym, ojciec nie utrzymuje kontaktu z rodziną. Matka i siostra wspierają podopiecznego w rozwiązywaniu problemów związanych z nową sytuacją życiową.</p>	
<b>III. SYTUACJA ZAWODOWA, MATERIALNA I MIESZKANIOWA OSOBY PODOPIECZNEJ</b>	
<p>Podopieczny z wykształcenia jest mechanikiem samochodowym. Obecnie przebywa na rencie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, przyznanej na okres 2 lat. Ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Zajmuje z matką i siostrą dwupokojowy lokal na pierwszym piętrze w budynku wielorodzinnym z windą.</p> <p>Źródłami utrzymania rodziny w ciągu ostatnich 4 miesięcy są (miesięcznie netto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- renta podopiecznego - 1310,00 zł,</li> <li>- wynagrodzenie matki - 2590,00 zł,</li> <li>- świadczenie wychowawcze 500 plus (na siostrę) - 500,00 zł,</li> <li>- alimenty (na siostrę) - 570,00 zł.</li> </ul>	
<b>IV. SYTUACJA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA OSOBY PODOPIECZNEJ</b>	
<p>Podopieczny osiem miesięcy temu podczas przeprowadzania remontu mieszkania spadł z drabiny z dużej wysokości i doznał urazu dolnego odcinka rdzenia kręgowego. Po zakończeniu leczenia szpitalnego rozpoczął rehabilitację neurologiczną poszpitalną, której celem było przygotowanie go do samodzielnego funkcjonowania w warunkach domowych.</p> <p>Podopieczny ma porażone mięśnie w obrębie miednicy i kończyn dolnych (paraplegia). Od kilku tygodni odczuwa dolegliwości z powodu zespołu cieśni prawego nadgarstka; dokuczliwy ból i drętwienie palców ręki. Porusza się na wózku inwalidzkim ręcznym wyłącznie po mieszkaniu. Samodzielnie nie opuszcza budynku mieszkalnego.</p> <p>Nauka wytworzenia tzw. automatyzmu pęcherza moczowego (treningu pęcherza) w celu wywołania odruchu mikcji nie powiodła się. Obecnie ma zakładane pieluchomajtki. Podopieczny potrzebuje pomocy podczas kąpieli, golenia, mycia włosów, obcinania paznokci, zmiany bielizny osobistej, zakładania i zdejmowania dolnych części odzieży oraz podczas przemieszczania się z łóżka na wózek inwalidzki i z wózka na łóżko. Konieczna jest pomoc podczas codziennej toalety krocza i zmiany pieluchomajtek.</p> <p>Na skutek zastoju żylnego często dochodzi do obrzęków kończyn dolnych. Utrata kontroli mikcji, defekacji i konieczność przebywania w pozycji leżącej lub siedzącej stanowi dla podopiecznego duże ryzyko rozwoju odleżyn. Na skórze w okolicy kości ogonowej i guzów kulszowych pojawiło się zaczerwienienie.</p> <p>Podopieczny jest pod stałą kontrolą neurologa, lekarza rehabilitacji medycznej i psychologa. Dwa razy w tygodniu przychodzi fizjoterapeuta i prowadzi z nim ćwiczenia usprawniające. Niedawno podopieczny otrzymał skierowanie do ośrodka rehabilitacji dziennej, w którym zajęcia odbywają się 5 razy w tygodniu. Z powodu braku możliwości codziennej pomocy w transporcie do ośrodka nie potwierdził jeszcze udziału w tej formie rehabilitacji.</p>	

Podopieczny od wypadku ma znacznie obniżony nastrój. Nie przywiązuje wagi do wyglądu zewnętrznego, często ma przetłuszczone włosy i jest nieogolony. Czuje się osamotniony, utracił motywację do dalszego usprawniania, tęskni za pracą. Miesiąc temu opuściła go dziewczyna, z którą przed wypadkiem planował wspólną przyszłość. Podopieczny boleśnie odczuł to rozstanie. Obecnie odwiedza go tylko kolega z pracy. Brakuje mu wycieczek rowerowych i spotkań z kolegami. Martwi się o swoją przyszłość zawodową i finansową. Czuje się całkowicie uzależniony od pomocy innych osób. Zaczął palić papierosy.

Obecnie największym problemem jest brak podnośnika transportowo-kąpielowego, który usprawniłby codzienne funkcjonowanie pana Artura, a osobom opiekującym się nim ułatwiłby wykonywanie czynności higieniczno-opiekuńczych, takich jak kąpiel podopiecznego w wannie czy przesadzanie z łóżka na wózek inwalidzki.

Podopieczny chciałby nabyć podnośnik transportowo-kąpielowy elektryczny sterowany za pomocą pilota, którego koszt wynosi 3700,00 zł. Podnośnik jest przystosowany do łatwego składania i przewożenia samochodem. Jego konstrukcja umożliwia również podnoszenie podopiecznego z materaca leżącego na podłodze, co w znacznym stopniu ułatwiłoby prowadzenie przez fizjoterapeutę ćwiczeń usprawniających w domu.

Podopieczny dotychczas nie korzystał z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Chciałby pozyskać środki na dofinansowanie zakupu podnośnika, oczekuje pomocy w przygotowaniu wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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

**Ocenie będą podlegać 2 rezultaty:**

- diagnoza problemów i potrzeb osoby podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania

oraz

przebieg mycia kończyn dolnych z obcięciem paznokci osobie podopiecznej leżącej w łóżku.

**Diagnoza problemów i potrzeb osoby podopiecznej**

<b>Problemy osoby podopiecznej</b>	<b>Potrzeby osoby podopiecznej</b>

Problemy osoby podopiecznej	Potrzeby osoby podopiecznej

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI  
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**  
(formularz został opracowany na potrzeby egzaminu)

<b>I. Dane osobowe Wnioskodawcy:</b>	
Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Numer PESEL	
Numer dowodu osobistego	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
<b>II. Posiadane przez Wnioskodawcę orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:</b> (należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając <b>X</b> w odpowiednim polu <input type="checkbox"/> )	
stopień znaczny	<input type="checkbox"/>
stopień umiarkowany	<input type="checkbox"/>
stopień lekki	<input type="checkbox"/>
<b>III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy:</b> (należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając <b>X</b> w odpowiednim polu <input type="checkbox"/> , *niepotrzebne skreślić)	
zatrudniony*/prowadzący własną działalność gospodarczą*	<input type="checkbox"/>
bezrobotny poszukujący pracy	<input type="checkbox"/>
rencista	<input type="checkbox"/>
emeryt	<input type="checkbox"/>
uczący się do 16 roku życia	<input type="checkbox"/>
uczący się lub studiujący w wieku od 18 do 24 lat	<input type="checkbox"/>
<b>IV. Źródła utrzymania Wnioskodawcy:</b> (należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając <b>X</b> w odpowiednim polu <input type="checkbox"/> , *niepotrzebne skreślić)	
wynagrodzenie za pracę	<input type="checkbox"/>
renta okresowa	<input type="checkbox"/>
renta stała*/emerytura*	<input type="checkbox"/>
renta szkoleniowa	<input type="checkbox"/>
zasilek dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/>
<b>V. Korzystanie Wnioskodawcy z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</b> (należy wstawić <b>X</b> w odpowiednim polu <input type="checkbox"/> )	
W ciągu ostatnich trzech lat korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>VI. Przedmiot wnioskowanego dofinansowania:</b> (należy podać rodzaj przedmiotu/urządzenia/sprzętu dofinansowania)	

**VII. Uzasadnienie:**

*(należy podać cel likwidacji barier technicznych i przewidywane efekty jakie zamierza osiągnąć Wnioskodawca po likwidacji barier technicznych/w jaki sposób wnioskowany przedmiot/urządzenie/sprzęt dofinansowania usprawni funkcjonowanie Wnioskodawcy):*

**VIII. Koszt realizacji zadania:**

Przewidywany koszt zakupu przedmiotu (urządzenia, sprzętu) wynosi ..... zł.

**IX. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:**

*Uwaga! Do dochodu nie wlicza się świadczenia wychowawczego 500 plus*

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, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi ..... zł.

Liczba osób w gospodarstwie domowym (łącznie z Wnioskodawcą) wynosi.....

*Upředzona(y) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania dofinansowania na likwidację barier technicznych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2016 poz. 922).*

.....  
data

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
czytelny podpis Wnioskodawcy

[www.EgzaminZawodowy.info](https://www.EgzaminZawodowy.info)