

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**  
Symbol 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.01-03-24.06-SG

## EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2024

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 do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

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

Na fantomie osoby dorosłej, traktując go jak osobę podopieczną leżącą w łóżku wykonaj mycie głowy w wanience/misce pneumatycznej. 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 fantomie wykonaj w czasie nie dłuższym niż 40 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN, słowami „czas minął”, poinformuje cię o zakończeniu procesu oceny przez egzaminatora.*

Wykorzystaj sprzęt, materiały i środki udostępnione na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. Po zakończeniu czynności uporządkuj stanowisko pracy. Postępuj zgodnie z procedurami, uwzględniając zasady ergonomii oraz przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy.

Arkusz egzaminacyjny z wypełnioną dokumentacją pozostaw na indywidualnym stanowisku do pisania.

<sup>1)</sup> Dane osoby podopiecznej oraz 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 OSOBOWE OSOBY PODOPIECZNEJ**

Imię:	Monika
Nazwisko:	Nowak
Numer dowodu osobistego:	AYY 318056
Data i miejsce urodzenia:	11.10.1983 r. Warszawa
Numer PESEL:	83101103846
Adres zamieszkania:	02-495 Warszawa, ul. Bajkowa 84 m 4
Numer telefonu:	610177034

**II. SYTUACJA RODZINNA OSOBY PODOPIECZNEJ**

Pani Monika jest zamężna. Mąż pracuje w międzynarodowej firmie transportowej prowadzącej przewóz osób poza granicami kraju. Córka jest uczennicą ósmej klasy szkoły podstawowej.

**III. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY PODOPIECZNEJ**

Rodzina posiada mieszkanie własnościowe o powierzchni 53 m<sup>2</sup> w budynku wielorodzinnym. Dwupokojowy lokal na wysokim parterze, z kuchnią i łazienką posiada instalacje: elektryczną, zimnej i ciepłej wody, centralnego ogrzewania oraz gazową. Łazienka została przystosowana do potrzeb podopiecznej. Do drzwi wejściowych na klatkę schodową prowadzą 6-stopniowe schody. W budynku brakuje podjazdu dla wózków inwalidzkich.

**IV. SYTUACJA ZAWODOWA I MATERIALNA OSOBY PODOPIECZNEJ**

Pani Monika ukończyła studia pedagogiczne. Do chwili zachorowania pracowała w świetlicy szkolnej. Obecnie przebywa na rencie.

Źródłami utrzymania rodziny są (miesięcznie) netto:

- renta okresowa podopiecznej - 1540,00 zł,
- zasiłek pielęgnacyjny - 215,84 zł,
- wynagrodzenie męża podopiecznej - 4100,00 zł,
- świadczenie wychowawcze 800 plus - 800,00 zł.

**V. SYTUACJA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA OSOBY PODOPIECZNEJ**

Siedem lat temu u pani Moniki zdiagnozowano stwardnienie rozsiane (SM). Choroba pomimo leczenia szybko postępuje. Podopieczna pozostaje pod stałą kontrolą neurologa i lekarza rehabilitacji medycznej. Obecny stan zdrowia znacznie ogranicza jej wykonywanie czynności samoobsługowych i prowadzenie gospodarstwa domowego. Z powodu niedowładów spastycznych kończyn dolnych oraz zawrotów głowy porusza się po mieszkaniu przy pomocy wózka inwalidzkiego. Trudności z samodzielnym korzystaniem z WC zmusiły ją do stosowania majtek chłonnych. U podopiecznej występuje oczopląs. W ostatnim czasie znacznie nasiliły się drżenia mięśniowe w obrębie rąk, które utrudniają jej pisanie oraz spożywanie zup i płynów. Skarży się na zaburzenia percepcji kolorów, przewlekłe zmęczenie i napadowe nerwobóle twarzy. Odczuwa bolesne skurcze mięśni. Mówi niewyraźnie, co spowodowało zerwanie kontaktów ze znajomymi i koleżankami z pracy. Ma trudności z wykonywaniem codziennych czynności takich jak: kąpiel, mycie głowy, pielęgnacja stóp, obcinanie paznokci, ubieranie dolnych części odzieży. Miejski zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności uznał, że jest całkowicie niezdolna do pracy oraz samodzielnej egzystencji. Ma orzeczoną znaczny stopień niepełnosprawności. Niedawno u pani Moniki zdiagnozowano kamicy nerkową.

Matka podopiecznej mieszka w odległej miejscowości, przyjeżdża co drugi weekend i stara się pomóc córce w codziennych zajęciach domowych. Bez wsparcia drugiej osoby pani Monika nie jest w stanie załatwić spraw urzędowych, dojechać na wizyty do poradni neurologicznej, czy korzystać z systemu rehabilitacji ambulatoryjnej.

Sporadycznie (z pomocą męża i córki) wyjeżdża wózkiem inwalidzkim na zewnątrz budynku.

Zainstalowanie rampy (platformy) podjazdowej dla wózków pozwoliłoby pani Monice na zwiększenie aktywności społecznej. Wspólnota mieszkaniowa wyraziła zgodę na montaż platformy schodowej nakładanej, antypoślizgowej o długości nieprzekraczającej 4 m. Przewidywany koszt zakupu i montażu platformy wynosi 9500,00 zł. Podopieczna deklaruje wkład własny w wysokości 5% wartości przedsięwzięcia.

Oczekuje pomocy w załatwieniu formalności w urzędzie gminy i przygotowaniu wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej. Dotychczas nie korzystała z dofinansowania ze środków PFRON.

Podopieczna z powodu znacznej utraty samodzielności stała się osobą niecierpliwą i wybuchową. W domu często dochodzi do konfliktów z córką. Niechętnie wykonuje ćwiczenia usprawniające, podczas prowadzenia rehabilitacji w domu nie współpracuje z fizjoterapeutą.

Przed zachorowaniem na SM lubiła piesze wycieczki, często z córką jeździła rowerem. Aktualnie jedyną formą spędzania czasu wolnego przez panią Monikę jest oglądanie programów telewizyjnych. Wczoraj przeżyła kilkugodzinny atak kolki nerkowej. Lekarz zlecił przyjmowanie leków przeciwbólowych, rozkurczowych i picie płynów w ilości 2-2,5 l na dobę. Jest osłabiona. Poprosiła asystenta o umycie głowy w łóżku.

**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 do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

oraz

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

**DIAGNOZA PROBLEMÓW I POTRZEB OSOBY PODOPIECZNEJ**

Problemy osoby podopiecznej	Potrzeby osoby podopiecznej

www.EgzaminZawodowy.info

Problemy osoby podopiecznej	Potrzeby osoby podopiecznej

www.EgzaminZawodowy.info

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW  
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO LIKWIDACJI  
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**  
(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:	
Numer telefonu:	
<b>II. Posiadane przez Wnioskodawcę orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:</b> (należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając X 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 X 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 X 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. Rodzaj niepełnosprawności:</b> (należy właściwe dane zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/> )	
wrodzony brak albo amputacja kończyn górnych, kończyn dolnych	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu ruchu: poruszanie się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/>
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	<input type="checkbox"/>

**VI. Korzystanie Wnioskodawcy z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** (należy wstawić X w odpowiednim polu )

W ciągu ostatnich trzech lat korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON

Tak  Nie

**VII. Przedmiot wnioskowanego dofinansowania:**

(należy podać rodzaj przedmiotu/urządzenia/sprzętu dofinansowania)

**VIII. Uzasadnienie:**

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

**IX. Koszt realizacji przedmiotu dofinansowania:**

Przewidywany koszt zakupu i montażu przedmiotu (urządzenia, sprzętu) wynosi .....

Deklarowane środki własne (5%) ..... zł.

**X. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:**

**Uwaga!** Do dochodu nie wlicza się świadczenia wychowawczego 800 plus i zasiłku pielęgnacyjnego

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 architektonicznych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2016 poz. 922)

.....  
data

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
czytelny podpis Wnioskodawcy

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