

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.01-03-24.01-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 9 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 możliwości (zasobów) osoby podopiecznej oraz wypełnij, w imieniu osoby podopiecznej wniosek o udzielenie dofinansowania 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.

Wykonaj przemieszczenie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki. Do realizacji zadania wykorzystaj fantom osoby dorosłej, traktując go jako osobę podopieczną. Komunikuj się z nią 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 związane z przemieszczeniem osoby podopiecznej wykonaj w czasie nie dłuższym niż 30 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.

Arkusze egzaminacyjne 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	Jan Brzeziński
Data i miejsce urodzenia	16.06.2001 r. Sandomierz
Numer PESEL	01061603466
Numer dowodu osobistego	AZJ350025
Adres zamieszkania	31-422 Kraków, ul. Mrożka 105
Telefon	511 611 711
<b>II. SYTUACJA RODZINNA OSOBY PODOPIECZNEJ</b>	
Rodzice podopiecznego są rozwiedzeni, ojciec założył nową rodzinę i nie utrzymuje kontaktu z synami, matka pracuje w piekarni w systemie zmianowym. Podopieczny ma 12-letnich braci bliźniaków. Matka i bracia wspierają go w czynnościach dnia codziennego.	
<b>III. SYTUACJA ZAWODOWA, MATERIALNA I MIESZKANIOWA OSOBY PODOPIECZNEJ</b>	
<p>Pan Jan pracował jako instruktor motocross. W klubie sportowym prowadził treningi na torach wyścigowych, był także czynnym zawodnikiem. Obecnie przebywa na rencie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, przyznanej na okres 3 lat. Ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.</p> <p>Mieszka z matką i braćmi w domu jednorodzinnym. Do budynku prowadzą schody, które uniemożliwiają osobie korzystającej z wózka inwalidzkiego opuszczanie domu. Łazienka jest dostosowana do potrzeb osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim.</p> <p>Źródłami utrzymania rodziny w ciągu ostatnich 4 miesięcy są (miesięcznie netto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- renta podopiecznego - 1490,00 zł,</li> <li>- wynagrodzenie matki - 2950,00 zł,</li> <li>- świadczenie wychowawcze 500+ (na braci) - 1000,00 zł,</li> <li>- alimenty (na braci) - 1200,00 zł.</li> </ul>	
<b>IV. SYTUACJA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA OSOBY PODOPIECZNEJ</b>	
<p>Pan Jan dziesięć miesięcy temu, podczas wyścigów motocrossowych miał wypadek i doznał urazu dolnego odcinka rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia nerwu w obszarze lewego barku. Przeprowadzono operacyjną rekonstrukcję nerwu, a następnie rozpoczęto rehabilitację w celu przygotowania do samodzielnego funkcjonowania w warunkach domowych.</p> <p>Podopieczny ma porażone mięśnie w obrębie miednicy i kończyn dolnych (paraplegia). W kończynie górnej lewej utrzymuje się niedowład mięśni.</p> <p>Nauka wytworzenia tzw. automatyzmu pęcherza moczowego (trening pęcherza) w celu wywołania odruchu mikcji nie powiodła się; obecnie musi mieć zakładane pieluchomajtki.</p> <p>Klub sportowy zakupił panu Janowi wózek inwalidzki z napędem elektrycznym, którym porusza się wyłącznie po mieszkaniu. Samodzielnie nie opuszcza domu.</p> <p>Podopieczny przygotowuje kanapki, parzy herbatę i kawę. Wykonuje drobne prace porządkowe takie jak ścieranie kurzu z mebli, wkłada też brudne naczynia do zmywarki i uruchamia ją. Samodzielnie zmienia górne części garderoby, czesze się, myje twarz i zęby.</p> <p>Pan Jan potrzebuje pomocy podczas kąpieli, golenia, zmiany dolnych części ubrania oraz podczas przemieszczania się z łóżka na wózek inwalidzki i z wózka na łóżko.</p> <p>Utrata kontroli mikcji i konieczność przebywania w pozycji leżącej lub siedzącej stanowi dla niego duże ryzyko rozwoju odleżyn. Na skórze w okolicy kości ogonowej i guzów kulszowych pojawiło się</p>	

zaczerwienienie. Podopieczny wymaga pomocy podczas codziennej toalety krocza, zmiany pieluchomajtek oraz pielęgnacji miejsc narażonych na odleżyny.

Jest pod stałą kontrolą neurologa, lekarza rehabilitacji medycznej i psychologa. Otrzymał skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w ośrodku rehabilitacji dziennej, ale z powodu braku możliwości opuszczania budynku nie może z nich korzystać.

Pan Jan czuje się osamotniony, tęskni za spotkaniami z dawnymi znajomymi. Brakuje mu zajęć na torach wyścigowych oraz rywalizacji podczas zawodów motocrossowych. Od wypadku ma znacznie obniżony nastrój, utracił motywację do dalszego usprawniania, tęskni za pracą. Martwi się o swoją przyszłość zawodową i finansową. Czuje się całkowicie uzależniony od pomocy innych osób.

Obecnie największym problemem podopiecznego jest brak możliwości opuszczania budynku. Nie może sam dotrzeć do lekarza specjalisty i do ośrodka rehabilitacji dziennej. Zainstalowanie platformy schodowej ułatwiłoby mu również bezpośredni kontakt ze znajomymi i członkami klubu sportowego. Pan Jan chciałby uzyskać środki na dofinansowanie zakupu i montażu platformy schodowej. Przewidywany koszt realizacji tego przedsięwzięcia wynosi 28000,00 zł. Podopieczny deklaruje wkład własny w wysokości 5% ww. kwoty.

Pan Jan dotychczas nie korzystał z żadnego dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oczekuje pomocy w przygotowaniu wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

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

**Ocenię będą podlegać 2 rezultaty:**

- diagnoza problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

oraz

przebieg przemieszczenia osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki.

**Diagnoza problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej**

<b>Problemy osoby podopiecznej</b>

**Problemy osoby podopiecznej**


www.EgzaminZawodowy.info

Możliwości (zasoby) osoby podopiecznej

**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	
Telefon	
<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"/>
zasiłek dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/>
<b>V. Korzystanie Wnioskodawcy z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</b> (należy wstawić X w odpowiednim polu <input type="checkbox"/> )	
W ciągu ostatnich trzech lat korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej	<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 architektonicznych i przewidywane efekty jakie zamierza osiągnąć Wnioskodawca po likwidacji barier architektonicznych/w jaki sposób wnioskowany przedmiot/urządzenie/sprzęt dofinansowania usprawni funkcjonowanie Wnioskodawcy):*

**VIII. Miejsce realizacji przedsięwzięcia (adres):**

**IX. Koszt realizacji przedmiotu dofinansowania:**

Przewidywany koszt zakupu i montażu przedmiotu (urządzenia, sprzętu) wynosi .....zł.  
Deklarowane środki własne (5%) wynoszą ..... zł.

**X. 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 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