

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

Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**

Numer zadania: **04**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120** minut.

SPO.01-04-22.06-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2022

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 przekaz 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 i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej oraz wypełnij w imieniu osoby podopiecznej, wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

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

Wykonaj golenie na mokro zarostu na twarzy oraz zmianę poszewki na małej poduszce („jaśku”) osobie podopiecznej leżącej w łóżku. Czynności wykonaj traktując fantom, 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.

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)

Dane osobowe osoby podopiecznej:

Imię i nazwisko: Jan Kaszowski
Numer PESEL: 72102208537
Numer dowodu osobistego: AZJ 981324
Data i miejsce urodzenia: 22.10.1972 r., Lublin
Adres zamieszkania: 31-422 Kraków, ul. Rabatowa 138 m 231
Numer telefonu: 12 410 31 20
Nr konta bankowego: 12 1011 1234 0000 5656 0052 5946

Sytuacja mieszkaniowa:

Podopieczny mieszka wspólnie ze swoją starszą siostrą Renatą Kaszowską, rencistką w 2-pokojowym mieszkaniu znajdującym się na czwartym piętrze w budynku z windą i rampą podjazdową do wózków inwalidzkich na parterze. W mieszkaniu są podstawowe artykuły gospodarstwa domowego.

Sytuacja zawodowa i materialna:

Wykształcenie: wyższe, zawód: nauczyciel fizyki. Od 5 lat z powodu choroby nie pracuje, jest na rencie. Źródłami utrzymania rodziny od sześciu miesięcy są (netto):
- renta podopiecznego w wysokości **1440,00 zł**,
- renta siostry w wysokości **1320,00 zł**

Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne:

Podopieczny porusza się za pomocą balkonika. Konieczny jest zakup wózka inwalidzkiego ręcznego. Całkowity koszt zakupu wybranego sprzętu wynosi 1400,00 zł. Z powodu niskich dochodów i wydatków związanych z leczeniem swoim i siostry, podopieczny nie posiada środków na samodzielne sfinansowanie zakupu wózka.
Na podstawie zlecenia lekarza neurologa otrzymał refundację z NFZ zakupu tego typu wózka inwalidzkiego w kwocie 600,00 zł i chciałby również otrzymać dofinansowanie ze środków PFRON.

Dotychczas podopieczny nie korzystał z pomocy finansowej ze środków PFRON. Podczas ostatniej wizyty poprosił asystenta o pomoc w załatwieniu formalności i przygotowaniu odpowiedniego wniosku. Kwotę dofinansowania chciałby otrzymać przelewem na osobiste konto bankowe.

Sytuacja zdrowotna i społeczna:

Podopieczny od 12 lat choruje na stwardnienie rozsiane. Ma orzeczony umiarkowany stopień niepełnosprawności na okres 4 lat.

Po ostatnim rzucie choroby jego sprawność ruchowa została ograniczona: nasiliły się skurcze mięśniowe, zaburzenia czucia w kończynach górnych i dolnych oraz zaburzenia koordynacji ruchowej. Nie jest w stanie samodzielnie chodzić po schodach. Z pomocą drugiej osoby pokonuje schody bardzo powoli, wieloetapowo. Samodzielnie jednak podnosi się z łóżka i przy pomocy balkonika wolno przemieszcza się po mieszkaniu.

Ostatnio nie ma apetytu i jest znacznie wychudzony, co powoduje, że brak mu sił na większą aktywność fizyczną. Podczas wysiłku występują u niego zawroty głowy, którym towarzyszą epizody utraty równowagi. Zawroty głowy, osłabienie i zaburzenia czucia w kończynach powodują, że jest zależny od innych osób w zakresie wykonywania codziennych czynności, takich jak: zmiana ubrania, zmiana pościeli, kąpiel i mycie całego ciała oraz włosów, golenie zarostu na twarzy. Mycie twarzy i czesanie włosów wykonuje samodzielnie. Kontroluje funkcje pęcherza moczowego i zwieracza odbytu, samodzielnie korzysta z toalety.

Podopiecznemu trudność sprawia komunikacja werbalna; mówi niewyraźnie, powoli, skandując słowa, a po przebytych zapaleniu nerwu wzrokowego występuje u niego podwójne widzenie i osłabienie ostrości widzenia. Podczas dłuższego wpatrywania się w tekst odczuwa zmęczenie oczu; nie może czytać ulubionych książek o tematyce motoryzacyjnej, ani rozwiązywać krzyżówek.

Pan Jan ma zaburzenia snu: w nocy śpi mało a w dzień dosypia. Jest zmęczony, nie chce wykonywać zleconych ćwiczeń rehabilitacyjnych. Z powodu związanych z postępem choroby utrudnień w poruszaniu się nie wychodzi z domu. Na planowe wizyty lekarskie jeździ taksówką z osobą towarzyszącą, co dodatkowo obciąża niskie dochody rodzeństwa.

Siostra zapewnia podopiecznemu wsparcie emocjonalne i poczucie bezpieczeństwa. Przyrządza codzienne posiłki, jednak z powodu wykonanej kilka miesięcy temu operacji kręgosłupa, nie może pomagać bratu w wykonywaniu czynności pielęgnacyjno-higienicznych. Porządek w domu utrzymuje odpłatnie osoba dochodząca raz w tygodniu, która robi także duże zakupy spożywcze.

Podopiecznemu brakuje kontaktów z dawnymi znajomymi, z którymi spotykał się wcześniej. Nie ma dalszej rodziny.

Od kilku dni podopieczny jest przeziębiony. W nocy z powodu męczącego kaszlu niewiele spał i nie wstał dziś z łóżka. Nie ma gorączki, ale jest bardzo osłabiony. Oczekuje na wizytę lekarza rodzinnego.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- wykaz problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

oraz

przebieg golenia na mokro zarostu na twarzy i zmiany poszewki na małej poduszce („jaśku”) osobie podopiecznej leżącej w łóżku.

Wykaz problemów i możliwości (zasobów) osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej

Możliwości (zasoby) osoby podopiecznej

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze²⁾

1. Dane osobowe Wnioskodawcy:			
Imię i nazwisko		Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania		Numer telefonu	
Numer PESEL		Numer dowodu osobistego	
2. Przedmiot dofinansowania oraz przewidywany koszt całkowity:			
3. Posiadane orzeczenie: (proszę wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)			
☐ znaczny stopień niepełnosprawności ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności ☐ lekki stopień niepełnosprawności ☐ osoba niepełnosprawna do 16. roku życia			
4. Orzeczenie wydane: (proszę wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)			
☐ na stałe ☐ okresowo			
5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:			
Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Miesięczny dochód netto [zł]
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
		XXXXXXXXXXXX	
Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:			

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, wynosizł
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

7. Forma przekazania dofinansowania: (proszę wstawić w odpowiednim polu ☐ znak X)

- ☐ 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	XXXXXXXXXX
---------------------------------	-------------------------	----------------------------	------------

²⁾ Formularz wniosku został przygotowany na potrzeby egzaminu

www.EgzaminZawodowy.info