

*Arkusz zawiera informacje prawnie
chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Układ graficzny © CKE 2016



Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizowanie wsparcia osobie niepełnosprawnej**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.08**
Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

Z.08-01-16.05

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2016
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

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 6 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 zamieszczonego fragmentu wywiadu środowiskowego określ problemy i potrzeby podopiecznej oraz uzupełnij w imieniu podopiecznej wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu wózka inwalidzkiego ręcznego.

Formularze do wypełnienia zamieszczone są w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj przesadzanie podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki. Gotowość wykonania zabiegu zasygnalizuj przez podniesienie ręki. Do wykonania czynności przystąp po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZN.

Zadanie wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami, uwzględniając przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii pracy. Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko pracy.

Arkusz egzaminacyjny pozostaw na stoliku.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- rozpoznane problemy oraz potrzeby podopiecznej,
- Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla osób niepełnosprawnych

oraz

przebieg przesadzania podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki.

Fragment wywiadu środowiskowego

Dane osobowe podopiecznej:

Imię: *Iwona*

Nazwisko: *Kowalska*

PESEL: *82033007729*

Seria i numer dowodu osobistego: *ABA651599*

Data i miejsce urodzenia: *30.03.1982 r. w Szczecinie*

Adres zamieszkania: *84-360 Leba Al. Niepodległości 146 m. 167*

Numer telefonu: *59 123 45 67*

Nr osobistego konta bankowego: *12 1234 1234 5678 5678 0000 0000*

Sytuacja mieszkaniowa podopiecznej:

Pani Iwona Kowalska jest właścicielką mieszkania w budynku wielorodzinnym. Mieszka z mężem Janem Kowalskim, ur. 24.09.1980 r. oraz synem Mateuszem Kowalskim, ur. 15.07.2007 r. w trzypokojowym mieszkaniu na szóstym piętrze. W budynku są dwie windy.

Sytuacja zawodowa i materialna podopiecznej:

Wykształcenie zasadnicze zawodowe – sprzedawca. Do chwili wypadku pracowała jako ekspedientka w sklepie obuwniczym.

Źródłami utrzymania rodziny są: renta podopiecznej w wysokości 755,00 zł netto, zasiłek pielęgnacyjny 153,00 zł oraz wynagrodzenie męża z tytułu umowy o pracę w wysokości 1 825,00 zł netto. W takich kwotach, od pół roku, wszystkie świadczenia wypłacane są regularnie co miesiąc.

Stan zaopatrzenia w wyroby medyczne:

Pani Iwona posiada stary wózek inwalidzki, którym może poruszać się tylko po mieszkaniu. Obecnie konieczny jest zakup nowego wózka inwalidzkiego ręcznego. Całkowity koszt sprzętu – 2 200,00 zł. Na podstawie zlecenia od lekarza specjalisty otrzymała wczoraj refundację z NFZ w kwocie 600,00 zł. Chciałaby otrzymać dofinansowanie ze środków PFRON na zakup nowego wózka. Kwotę dofinansowania chce otrzymać przelewem na osobiste konto bankowe.

Sytuacja zdrowotna i społeczna podopiecznej:

Pani Iwona siedem lat temu uległa wypadkowi komunikacyjnemu. W następstwie wypadku doszło do uszkodzenia rdzenia kręgowego. Od tej pory występuje niedowład znacznego stopnia obu kończyn dolnych oraz nietrzymanie moczu i stolca. Używa pieluchomajtek, na które otrzymuje refundację z NFZ. Podopieczna jest bardzo słaba; od czasu wypadku nastąpiło znaczne wychudzenie i ogólne osłabienie siły mięśniowej. Na skórze nie występują zmiany patologiczne. W skali Norton uzyskała 13 punktów.

Podopieczna ma na stałe orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności – jest całkowicie niezdolna do pracy oraz samodzielnej egzystencji. Poruszać się może wyłącznie na wózku inwalidzkim. Potrzebuje pomocy w przemieszczaniu się z łóżka na wózek/fotel oraz wykonywaniu czynności higienicznych i ubieraniu się. Ostatnio zaniedbuje swój wygląd, nie chce spożywać posiłków, większość czasu przebywa w łóżku.

Codzienną opiekę nad panią Iwoną sprawują: dochodząca matka Barbara Zawadzka, lat 56 – w ciągu dnia oraz mąż – Jan Kowalski – po powrocie z pracy. Podopieczna jest pod stałą kontrolą neurologa, psychologa i rehabilitanta, który codziennie wykonuje zlecone ćwiczenia rehabilitacyjne.

Od trzech miesięcy z powodu braku sprawnego wózka inwalidzkiego pani Iwona nie wychodzi z domu. Sytuacja ta spowodowała u niej obniżony nastrój, smutek, apatię, bezczynność i bezradność, niepokój oraz tęsknotę za kontaktem z sąsiadami i znajomymi oraz możliwością wyjścia na spacer. Jest osobą bardzo religijną, tęskni za udziałem w spotkaniach ze wspólnotą na terenie parafii i regularnym uczęszczaniem do kościoła. Podopieczna była osobą towarzyską, chętnie utrzymywała kontakty z sąsiadami i znajomymi, przyjmowała gości. Bardzo często wraz z mężem chodzili na koncerty do filharmonii, oboje interesują się muzyką poważną. Obecnie czas spędza przy komputerze, ogląda telewizję lub rozmawia z najbliższymi. Znajomi zajęci swoimi sprawami nie odwiedzają jej.

Rozpoznane problemy oraz potrzeby podopiecznej

Sfera fizyczna	
Rozpoznane problemy	Rozpoznane potrzeby
Sfera psychiczna i społeczna	
Rozpoznane problemy	Rozpoznane potrzeby

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH
I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. Dane osobowe Wnioskodawcy:					
Imię i nazwisko		Data i miejsce urodzenia			
Adres zamieszkania		Telefon kontaktowy			
Numer PESEL		Seria i numer dowodu osobistego			
2. Przedmiot dofinansowania oraz przewidywany koszt: (przedmiot ortopedyczny lub naprawa / środek pomocniczy)					
3. Posiadane orzeczenie: (proszę wstawić [X] w odpowiednim polu)					
☐ znaczny stopień niepełnosprawności ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności ☐ lekki stopień niepełnosprawności ☐ osoba niepełnosprawna do 16. roku życia					
4. Orzeczenie wydane: (proszę wstawić [X] w odpowiednim polu)					
☐ na stałe ☐ okresowo do					
5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym Uwaga! Do dochodu <u>nie wlicza się</u> świadczenia pielęgnacyjnego, dodatku i zasiłku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych.					
Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Data urodzenia	Miesięczny dochód netto [zł]
Dane dotyczące Wnioskodawcy					
Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą					

6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny, 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,
wynosi zł.
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

7. Forma przekazania dofinansowania: (proszę wstawić [X] w odpowiednim polu)

- ☐ 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	
--------------------------	---	---------------------	--