

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

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.08**

Numer zadania: **01**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Z.08-01-13.05

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

Układ graficzny © CKE 2013



EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2013
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - symbol cyfrowy zawodu,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
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 część praktyczną egzaminu.
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 wywiadu środowiskowego sporządź indywidualny plan pracy asystenta z Panem Janem oraz wypełnij wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Druki do sporządzenia planu oraz wniosku znajdziesz w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykonaj zestaw czterech charakterystycznych ćwiczeń usprawniających motorykę małą osoby niepełnosprawnej (dłonie i stopy). Do przeprowadzenia ćwiczeń wykorzystaj drobny sprzęt rehabilitacyjny znajdujący się na stanowisku egzaminacyjnym. Czynności wykonaj na fantomie osoby dorosłej.

Przez podniesienie ręki zasygnalizuj gotowość wykonania ćwiczeń, przystąp do wykonania po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZNCP.

Zadanie wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniając przepisy BHP, ergonomię pracy.

Nr sprawy xxxxxxxxxxxx

Miejscowość xxxxxxxx

data xxxxx

Wywiad środowiskowy

Dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad

Imię	Jan
Nazwisko	Zima
Data urodzenia	01.01.1949 r. Pesel: 49010122534 Szczecin
Data pierwszego zgłoszenia	01.2012 r.
Czy osoba korzystała lub korzysta z pomocy?	Tak – asystenta osoby niepełnosprawnej
Sytuacja mieszkaniowa	
Główny właściciel mieszkania	Jan Zima
Mieszkanie	Własnościowe, na pierwszym piętrze kamienicy wielorodzinnej, wyposażone w media (prąd, gaz), niedostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej
Liczba izb	4, oddzielna kuchnia
Wyposażenie techniczne	Woda bieżąca ciepła i zimna w mieszkaniu, łazienka: w mieszkaniu, WC: w mieszkaniu, ogrzewanie: piece węglowe, kuchenka gazowa
Telefon	+48 503000000
Stan utrzymania mieszkania	Brudne, zaniedbane, niedostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej z licznymi barierami architektonicznymi, brak uchwyty w wannie, mat antypoślizgowych
Sytuacja materialna	
Łączny dochód	Miesięcznie 845 zł. Orzeczenie ZUS o rencie od 22 lutego 2011 r.
Czynsz	Podatek roczny 120 zł
Energia elektryczna	Miesięcznie 60 zł

Gaz	Miesięcznie 35 zł
Zakup węgla	Rocznie 560 zł
Usługi asystenckie	Miesięcznie 108 zł
Sytuacja zdrowotna osoby	
	Nie ustalona niepełnosprawność, świadczenie rentowe z powodu niemożności wykonywania pracy zarobkowej
Przyczyna niepełnosprawności	<i>Stwardnienie rozsiane.</i> Występujące niedowładny mięśni twarzy po stronie prawej, osłabienie siły mięśniowej kończyn z nieznacznym wzmożonym napięciem mięśniowym typu spastycznego, szczególnie kończyn górnych. Postępujący zanik mięśni, przykurcze bardzo utrudniające ruchy w zakresie motoryki małej.
Rodzaj dysfunkcji	Niepełnosprawność nabyta
Stopień samodzielności	Trudności w czynnościach dnia codziennego, samoobsługi. Wymaga pomocy i aktywizacji
Leczenie i rehabilitacja	Podopieczny jest pod stałą kontrolą specjalistów – lekarza neurologa, rehabilitanta do których dowożony jest przez asystenta. Mężczyzna ma wyznaczone wizyty u specjalistów oraz zaleconą terapię manualną - usprawniającą w zakresie motoryki małej i podtrzymywania sprawności.
Dotychczasowa forma i zakres pomocy na rzecz osoby znajdującej się w trudnej sytuacji życiowej	
Materialna	nie
Rzeczowa	zakup balkonika, zakup 1 tony węgla
Usługowa	usługi asystenckie

Potrzeby, oczekiwania osoby zgłoszone podczas przeprowadzania wywiadu

Pan Jan oczekuje udzielenia pomocy w czynnościach życia codziennego.
Pan Jan oczekuje udzielenia pomocy w nawiązaniu kontaktów społecznych.
Pan Jan oczekuje udzielenia pomocy w rehabilitacji.

Łączny dochód (zgodnie z art. 2a ust. 1 pkt. 2 ustawy) - 845 zł.

Dochód na osobę - 845 zł.

Kryterium dochodowe - 477 zł.

Pomoc z zadań zleconych- usługi asystenckie, niezbędny sprzęt rehabilitacyjny i środki pomocnicze.

Informacje dodatkowe o podopiecznym: wdowiec, mieszka sam, pracował jako elektryk, ukończył technikum elektryczne.

Olga Nowicka

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

Jan Zima

(podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będzie:

- zapisany Indywidualny plan pracy asystenta z Panem Janem
- wypełniony Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla Pana Jana Zimy

oraz

Przebieg wykonania zestawu ćwiczeń rehabilitacyjnych usprawniających motorykę małą osoby niepełnosprawnej.

Indywidualny plan pracy asystenta z Panem Janem

Cel	Działanie	Forma	Metoda	Technika

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

IMIĘ []

NAZWISKO []

Data urodzenia [][][][][][][][][][] Dzień - miesiąc - rok Miejsce urodzenia

Numer PESEL []

DOWÓD OSOBISTY (seria i numer)... AAA 123456.....

Adres zameldowania ... Szczecin ul. Mickiewicza 4 m. 2.....

Adres pobytu

(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Adres do korespondencji

(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Telefon kontaktowy []

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Szczecinie

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów
(najważniejszy cel proszę zaznaczyć krzyżykiem):

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacja pozarządowe oraz inne placówki,
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju),
- ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów.

UZASADNIENIE WNIOSKU:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny:

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe zaznaczyć):

wykonywanie czynności samoobsługowych:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka
poruszanie się w środowisku:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka

3. Sytuacja zawodowa:

Wykształcenie:,

zawód.....

obecne zatrudnienie:

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. **Pobieram / nie pobieram***) świadczenia z ubezpieczenia społecznego (np. emerytura, renta)

Jakie:

Od kiedy:

2. **Składałem / nie składałem***) uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności (grupy inwalidzkiej).

Jeżeli TAK -> orzeczenie wydane przez ZUS, KRUS, MON, MSWiA, PZdsOoN z dnia..... na okres stały/ do dnia*) **(proszę dołączyć kserokopię ww. orzeczenia)**

3. **Składałem / nie składałem***) odwołania od orzeczenia powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

Jeżeli TAK -> dołączyć kserokopię orzeczenia lub wyroku Sądu wraz z opiniami biegłych sądowych

4. Aktualnie **toczy się/ nie toczy się***) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.

Jeżeli **TAK** **->** **podać** **jakim**
.....

5. **Mogę/ nie mogę***) przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonywania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

7. Wniosek niniejszy składam z powodu **przedłużenia poprzedniego orzeczenia / zmiany stanu zdrowia ***).

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

*) *niepotrzebne skreślić*

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- Kserokopie wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).

