

**Arkusz zawiera informacje prawnie  
chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu**

Układ graficzny © CKE 2016

**CKE** **CENTRALNA  
KOMISJA  
EGZAMINACYJNA**

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.08-01-16.01**

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 z 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 zamieszczonego w arkuszu egzaminacyjnym rodzinnego wywiadu środowiskowego dotyczącego podopiecznego Jana Kowalskiego oraz kopii jego dowodu osobistego:

- rozpoznaj problemy zdrowotne i psychospołeczne podopiecznego,
- określ działania asystenta wspierające podopiecznego, niezbędne w rozwiązaniu problemów podopiecznego,
- wypełnij (mając zgodę podopiecznego) wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Formularze: Wykaz problemów podopiecznego i działań asystenta oraz Wnioski o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, do wypełnienia, zamieszczono w arkuszu egzaminacyjnym.

### **Na fantomie osoby dorosłej wykonaj mycie głowy podopiecznemu leżącemu w łóżku.**

Gotowość wykonania zabiegu zasygnalizuj przez podniesienie ręki. Do wykonania czynności przystąp po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZN. Materiały, przybory, środki i sprzęt niezbędne do wykonania zadania znajdują się w magazynie. Wszystkie czynności wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami, uwzględniając przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomię 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:**

- Wykaz problemów podopiecznego i działań asystenta,
- Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

oraz

przebieg mycia głowy podopiecznemu leżącemu w łóżku.

## **RODZINNY WYWIAD ŚRODOWISKOWY**

*(sporządzony na podstawie Załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 czerwca 2012 r.)*

**DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ**

### **I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD, DANE O RODZINIE**

Imię i nazwisko: *Jan Kowalski*

Data i miejsce urodzenia: *2 stycznia 1964 r. w Warszawie*

Adres zamieszkania: *01-100 Warszawa, ul. Targowa 10 m. 12*

Numer telefonu: *503 100 299*

Stan cywilny: *wdowiec*

Dzieci: *nie ma*

### **II. SYTUACJA MIESZKANIOWA OSOBY**

Mieszkanie: własnościowe spółdzielcze, na I piętrze, w 8-piętrowym budynku wielorodzinnym. W budynku jest winda i prawidłowy podjazd dla wózków inwalidzkich.

Ilość pomieszczeń: 2 pokoje, kuchnia, łazienka, przedpokój.

Mieszkanie wyposażone w instalacje: elektryczną, gazową, kanalizacyjną, centralnego ogrzewania, ciepłej i zimnej wody.

Mieszkanie wyposażone w sprzęt gospodarstwa domowego: pralkę, lodówkę, radio, telewizor; brak telefonu stacjonarnego.

Łazienka wyposażona: w wannę, umywalkę, sedes.

Mieszkanie nie jest dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej po amputacji kończyn dolnych, poruszającej się na wózku inwalidzkim: wąskie drzwi do pomieszczeń w mieszkaniu, szczególnie do łazienki (szer. 70 cm), progi w przejściach. W łazience stara zniszczona wanna, umywalka zawieszona zbyt wysoko, brak uchwytów pomagających w korzystaniu z urządzeń sanitarnych.

*Mieszkanie jest zaniedbane.*

### **III. SYTUACJA ZAWODOWA I MATERIALNA OSOBY**

Wykształcenie: średnie.

Zawód: technik budownictwa.

Zatrudnienie: Przedsiębiorstwo Budownictwa Przemysłowego, Warszawa, ul. Stara 24.

Obecnie jest na okresowej 2-letniej rencie chorobowej.

Wysokość świadczenia rentowego netto: 2241,83 zł. Innych źródeł dochodu nie posiada.

### **IV. SYTUACJA ZDROWOTNA OSOBY**

Pół roku temu wskutek wypadku na budowie stracił obie kończyny dolne i dwa palce prawej ręki.

Amputacja kończyn powyżej kolana. Posiada orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – jest czasowo całkowicie niezdolny do pracy.

Porusza się na wózku inwalidzkim.

Ma zleconą rehabilitację w zakresie narządu ruchu – 2 razy w tygodniu.

Na podstawie dokumentacji medycznej: stwierdzone nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia – zlecone leki doustne; stwierdzony umiarkowany niedosłuch ucha lewego – zalecenia do zastosowania aparatu słuchowego.



**Wykaz problemów podopiecznego i działań asystenta**

<b>Problemy podopiecznego</b>	<b>Działania asystenta</b>
<b>Problemy zdrowotne</b>	
<b>Problemy psychospołeczne</b>	

..... / ..... / .....

numer wniosku      powiat      rok złożenia

.....  
data wpływu kompletnego wniosku.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

/wypełnia pracownik PCPR/

**WNIOSEK****o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej****Wnioskodawca (proszę wypełnić drukowanymi literami)**..... syn/córka\* .....  
imię i nazwisko      imię ojca

nr PESEL ..... nr telefonu .....

miejscowość ..... kod pocztowy ..... ulica ..... nr ..... m .....  
dokładny adres**I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik\*\*****1. znaczny:**

- inwalida I grupy
- osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji
- osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- osoba w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny

**2. umiarkowany:**

- inwalida II grupy
- osoba całkowicie niezdolna do pracy
- inwalida III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę

**3. lekki:**

- inwalida III grupy
- osoba częściowo niezdolna do pracy
- osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym

**II. Rodzaj niepełnosprawności\*\***

- dysfunkcja narządu ruchu: osoby poruszające się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni, rąk, nóg
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządów słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wstawić X we właściwej rubryce

**III. Sytuacja zawodowa\*\***

- zatrudniony\*/ prowadzący działalność gospodarczą\*
- osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca bezrobotny poszukujący pracy\*/ rencista poszukujący pracy\*
- rencista\*/ emeryt\* niezainteresowany podjęciem pracy dziecko lub młodzież do lat 18

**IV. Rodzaj źródła utrzymania\*\***

- wynagrodzenie za pracę
- przychody z działalności gospodarczej renta stała\*/emerytura\*
- renta okresowa\*/szkoleniowa\* zasilek dla bezrobotnych
- zasilek socjalny
- alimenty \*/inne\*

**V. Sytuacja mieszkaniowa\*\***

1. dom: jednorodzinny , wielorodzinny prywatny , wielorodzinny komunalny , wielorodzinny spółdzielczy
2. budynek parterowy , piętrowy , mieszkanie na ..... piętrze (podać numer piętra)
3. opis mieszkania: liczba pokoi ....., z kuchnią , bez kuchni , z łazienką , bez łazienki
4. łazienka wyposażona w: wannę , brodzik , kabinę prysznicową , umywalkę , sedes
5. instalacje w mieszkaniu: wody zimnej , wody ciepłej , kanalizacji , centralnego ogrzewania , gazowa , elektryczna
6. Wnioskodawca mieszka: samotnie , z rodziną , z osobą niespokrewnioną

**VI. W okresie ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym złożono wniosek o dofinansowanie, miesięczny dochód (netto) przypadający na jedną osobę pozostającą w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł****VII. Korzystanie ze środków finansowych PFRON\*\***

Wnioskodawca korzystał z dofinansowania ze środków PFRON: TAK , NIE

Rok otrzymania dofinansowania ..... Wysokość przyznanego dofinansowania ..... [zł]

**VIII. Cel likwidacji barier architektonicznych**

.....

.....

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wstawić X we właściwej rubryce

**IX. Wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier architektonicznych**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- X. Koszt realizacji przedsięwzięć (koszt całkowity) ..... zł  
XI. Wnioskowana kwota dofinansowania ( 95% ) wynosi..... zł  
XII. Deklarowane środki własne (5%) wynoszą ..... zł

Upředzony/a odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny ( Dz. U. Nr 88, późn. 553 ) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....  
( podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\* )

---

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis)

**Decyzja o przyznaniu dofinansowania:**

.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis)



