



AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero,
Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

a valere sulle risorse Fondo Non Autosufficienza - ProVi 2024

Decreto Regionale n. 241 del 22/04/2026

periodo: 1 maggio 2026 – 30 aprile 2027

Nome e Cognome Beneficiario:		
Nato/a a:	prov.	Il:
codice fiscale:		
residente a:	via:	
telefono:		
Email:		

In presenza della persona che rappresenta l'interesse del beneficiario/delegato, compilare entrambi i campi

Nome e Cognome rappresentante legale:		
Nato/a a:	prov.	Il:
codice fiscale:		
residente a:	via:	
telefono:		
Email:		

Composizione équipe multidimensionale - Indicare le componenti cliniche e sociali *:

ASST (indicare se case manager)		COMUNE (indicare se case manager)	
Figura professionale	Cognome e Nome	Figura professionale	Cognome e Nome
1.			
2.			

**La valutazione multidimensionale è effettuata dall'équipe multiprofessionale in cui devono essere presenti almeno le componenti clinica e sociale. L'équipe può coincidere con l'UVM costituita per il Progetto di Vita, laddove in essere*



AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero, Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

1. ESITI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E DEFINIZIONE OBIETTIVI E INTERVENTI IN RELAZIONE ALLE MACRO AREE PROVI (questa sezione può essere rilevata anche dalla valutazione ai fini PdV, riportando qui gli specifici obiettivi ed interventi sostenuti con la Misura ProVi. Gli obiettivi devono riguardare almeno due macroaree tra le prime tre di seguito riportate)

CONDIZIONI DI SALUTE E FUNZIONI

Necessità di sostegno:

Risorse:

Obiettivo specifico:

Intervento/i da attivare:

ABITAZIONE AUTONOMA

Necessità di sostegno:

Risorse:

Obiettivo specifico:

Intervento/i da attivare:

SOCIALITÀ, INCLUSIONE, PARTECIPAZIONE alla vita sociale, civile e di comunità

Necessità di sostegno:

Risorse:

Obiettivo specifico:

Intervento/i da attivare:



AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero, Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

ALTRO

ISTRUZIONE/FORMAZIONE/LAVORO

Necessità di sostegno:

Risorse:

Obiettivo specifico:

Intervento/i da
attivare:

CONDIZIONE ECONOMICA

Necessità di
sostegno:

Risorse:

Obiettivo specifico:

Intervento/i
da attivare:

2. RIEPILOGO DELLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL RICHIEDENTE

ENTRATE SU QUOTA MENSILE

Redditi da pensione: _____

Altri redditi: _____

ISEE: € _____ (sociosanitario - ordinario)

Anno corrente: _____

Patrimonio immobiliare: SI NO

Patrimonio mobiliare: SI NO

QUOTA MENSILE DI SPESA SU MACRO AREE *PROVI* PREVISTE:

Assistente personale: € _____

Canone di locazione: € _____



AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero, Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

- Utenze (luce, acqua, riscaldamento/gas domestico): € _____
- Inclusione sociale e relazionale: spese di personale e/o altre spese € _____
- Altro (specificare, es. trasporto): _____
- Indicare eventuali interventi da realizzare mediante il Centro territoriale per la vita autonoma indipendente (sportello progetti di vita) _____
- Indicare la presenza di Progetto di Vita: SI NO

3. PIANO OPERATIVO PRO.V.I. 2026/2027

Dettaglio del contributo richiesto, su base annua:

- Macro area assistente personale: € _____
- Macro area abitare: € _____
- Macro area inclusione: € _____

Costo totale annuale del progetto Pro.v.i.: € _____

Finanziamento comunale annuale 20%: € _____

Finanziamento PRO.V.I. annuale 80%: € _____

4. VERIFICHE E MONITORAGGIO

Modalità e tempi del monitoraggio (da allineare a quelli del PdV se in essere):

5. DESCRIZIONE DEGLI ACCORDI PRESI E SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO

Il beneficiario si impegna a: _____

Il Servizio Sociale comunale si impegna a: _____

Letto e condiviso,
Luogo e data _____

Il Case manager e/o l'A.S. Comune
(quando non coincide)

Il beneficiario/L'Ads

L'operatore ASST

Per l'Ambito Territoriale Sociale
