**Movimento pelo Fortalecimento da Assistência Social no Estado de Santa Catarina**

**Considerando** que é responsabilidade da Política de Assistência Social garantir os direitos de proteção socioassistencial às crianças, adolescentes, jovens, pessoas com deficiência, idosos, ou seja, a todo indivíduo ou família que se encontrar em situação de vulnerabilidade e/ou risco social.

**Considerando** que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) deve ser cofinanciado pela União, Estados e Municípios, respeitando as responsabilidades específicas de cada ente federado.

**Considerando** que apesar de todos os esforços realizados pelos agentes públicos e militantes da área da Assistência Social, ainda é visível a falta de investimento por parte do Estado para que possamos de fato assegurar a Assistência Social como Política Pública garantidora de direitos.

Assim, levando em consideração o consenso produzido nas Conferências Municipais e Estadual da Assistência Social pela necessidade da fixação de um percentual mínimo de recurso destinado à Assistência Social, como acontece com outras áreas no Estado, **nós, abaixo-assinados**, **cidadãos catarinenses,** subscrevemos o projeto de lei de iniciativa popular, **que prevê a aplicação de no mínimo 1% da Receita Liquida Disponível do orçamento do Estado para a Assistência Social**, com texto em anexo.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do eleitor - por extenso bem legível e completo.** | **Data de Nasc.** | **No.Título de Eleitor** | **Cidade** | **Nome da Mãe – por extenso****Bem completo e legível** | **Assinatura** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do eleitor – (Por extenso bem completo e legível).** | **Data de Nasc.** | **No.Título de Eleitor** | **Cidade** | **Nome da Mãe – (Por extenso****bem completo e legível)** | **Assinatura** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Local de entrega do Abaixo Assinado: Ação Social Arquidiocesana, Rua Esteves Junior, 447 – Centro - Florianópolis – SC - CEP 88015-130Fone: (48) 32248776***