

604



DECLARAȚIE
pentru stabilirea obligațiilor de plată cu titlu de
contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de
persoanele fizice care nu realizează venituri
sau alte categorii de persoane prevăzute la art.180 din
Codul fiscal

pentru perioada

☐ Declarație rectificativă

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume				Inițiala tatălui		Cod numeric personal / Număr de identificare fiscală													
Prenume																			
						Banca													
Strada						Număr													
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/sector		Cont bancar (IBAN)													
Localitate				Cod poștal															
Telefon				Fax		E-mail													

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Nume, prenume/Denumire								Cod de identificare fiscală											
Strada								Număr		Bloc	Scară	Etaj	Ap.						
Județ/Sector				Localitate				Cod poștal											
Telefon				Fax				E-mail											

*) Anexa nr. 2 este reprodusă în facsimil.

III. OPȚIUNE PRIVIND PLATA CONTRIBUȚIEI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Optez pentru plata obligațiilor cu titlu de contribuție de asigurări sociale de sănătate :

☐ Lunar, începând cu luna curentă, prin aplicarea cotei individuale de contribuție asupra bazei lunare de calcul reprezentând valoarea salariului minim brut pe țară, pe o perioadă de ☐☐ luni, dar nu mai puțin de 12 luni consecutive, potrivit art.180 alin.(1) lit.a) din Codul fiscal;

☐ La data depunerii prezentei, prin aplicarea cotei individuale de contribuție asupra bazei lunare de calcul reprezentând valoarea a de 7 ori salariul minim brut pe țară, potrivit art.180 alin.(1) lit.b) din Codul fiscal.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele înscrise în acest formular sunt corecte și complete.

Semnătură contribuabil

Semnătură împuternicit

Loc rezervat organului fiscal

Nr. Înregistrare

Data:

605



CERERE
de stopare a obligațiilor de plată reprezentând contribuția
de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele
fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de
persoane prevăzute la art.180 din Codul fiscal

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume				Inițiala tatălui		Cod numeric personal / Număr de identificare fiscală									
Prenume						Banca									
Strada				Număr											
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/sector		Cont bancar (IBAN)									
Localitate				Cod poștal											
Telefon				Fax											
						E-mail									

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Nume, prenume/Denumire										Cod de identificare fiscală									
Strada										Număr		Bloc		Scară		Etaj		Ap.	
Județ/Sector				Localitate						Cod poștal									
Telefon				Fax						E-mail									

*) Anexa nr. 3 este reprodusă în facsimil.

III. DATE PRIVIND STOPAREA OBLIGAȚIILOR DE PLATĂ REPREZENTÂND CONTRIBUȚIA DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DATORATĂ DE PERSOANELE FIZICE CARE NU REALIZEAZĂ VENITURI SAU ALTE CATEGORII DE PERSOANE PREVĂZUTE LA ART.180 DIN CODUL FISCAL

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar pe proprie răspundere că, începând cu data de

z	z

l	l

a	a	a	a

☐ Realizez venituri de natura celor prevăzute la art.155 din Codul fiscal

☐ Mă încadrez în una din categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate prevăzute la art.154 alin.(1) din Codul fiscal

☐ Mă încadrez în una din categoriile de persoane pentru care plata contribuției de asigurări sociale de sănătate se suportă din alte surse, prevăzute la art.153 alin.(1) lit.g) - o) din Codul fiscal

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele înscrise în acest formular sunt corecte și complete.

Semnătură
contribuabil

Semnătură împuternicit

Loc rezervat organului fiscal

Nr. Înregistrare

Data:

Număr de operator de date cu caracter personal 759

606**Sigla DGRFP Ministerul Finanțelor Publice****Agenția Națională de Administrare Fiscală**

Direcția generală regională a finanțelor publice.....

Unitatea fiscală

Adresa:.....

Tel:.....

Fax:.....

e-mail:.....

Nr. înregistrare..... Data/...../.....

DECIZIE DE IMPUNERE
privind contribuția de asigurări sociale de sănătate
datorată de persoanele fizice
potrivit art.180 alin.(1) lit.a) din Codul fiscal
pentru perioada.....

Către:

Nume:

Prenume:

Domiciliul: Localitate:

Cod poștal

Str.

Nr. Bl. Sc. Etaj Ap.

Județ/sector:

Cod numeric personal/Număr de identificare fiscală:

În baza art.180 alin.(1) lit.a) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare și a Declarației pentru stabilirea obligațiilor de plată cu titlu de contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de persoane prevăzute la art.180 din Codul fiscal pentru perioada..... nr..... din data....., /Cererii de stopare a obligațiilor de plată reprezentând contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de persoane prevăzute la art.180 din Codul fiscal, nr..... din data....., se stabilește contribuția de asigurări sociale de sănătate, după cum urmează:

I. Contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată (conform Anexei):

(lei)

Perioada pentru care se stabilește contribuția de asigurări sociale de sănătate	Decizie anterioară	Decizie curentă
	Contribuția de asigurări sociale de sănătate	Contribuția de asigurări sociale de sănătate

Plata obligațiilor cu titlu de contribuții de asigurări sociale de sănătate se efectuează lunar, până la data de 25 inclusiv a fiecărei luni, începând cu luna următoare depunerii declarației.

*) Anexa nr. 4 este reprodusă în facsimil.

Pentru obligațiile de plată stabilite prin prezenta, neachitate până la termenele arătate mai sus, se vor calcula dobânzi și penalități de întârziere. Împotriva prezentei decizii se poate face contestație, care se depune, în termen de 45 zile de la comunicare, la organul fiscal emitent. Prezenta reprezintă titlu de creanță și constituie înștiințare de plată, conform legii.

Date necesare efectuării plății contribuției de asigurări sociale de sănătate	
Beneficiar	
Cod de identificare fiscală beneficiar	
Contul de venituri bugetare corespunzător obligației de plată	
Codul IBAN aferent contului de venituri bugetare	
Explicații	
Suma (lei)	

Informații privind modalitățile de plată a contribuției de asigurări sociale de sănătate:

Achitarea sumelor datorate bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate poate fi efectuată prin una dintre următoarele modalități:

- în **numerar**, la unitatea Trezoreriei statului.....;
- prin **mandat poștal**, la subunitățile poștale ale C.N.Poșta Română S.A.;
- prin **virament, utilizând ordinul de plată**, din contul propriu deschis la o instituție de credit din România (bancă), inclusiv cel emis prin sisteme de plată electronică de tip „Internet banking”;
- prin **virament, utilizând contul tranzitoriu** deschis pe numele Ministerului Finanțelor Publice. Nomenclatorul conturilor de venituri bugetare în care pot fi achitate sume prin intermediul contului tranzitoriu de către persoanele fizice se regăsește pe site-ul Agenției Naționale de Administrare Fiscală, www.anaf.ro.

Aprobat:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Verificat:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Întocmit:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Am primit un exemplar
Semnătură contribuabil _____
Data __/__/__ sau numărul și data
confirmării de primire

Număr de operator de date cu caracter personal

ANEXĂ
*la Decizia de impunere privind
contribuția de asigurări sociale de sănătate
datorată de persoanele fizice
potrivit art. 180 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal*

CNP/NIF																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Situație privind stabilirea contribuției lunare de asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele fizice potrivit art. 180 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal

Anul	Luna	Decizie anterioară		Decizie curentă	
pentru care se datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate		Baza lunară de calcul	Contribuția de asigurări sociale de sănătate	Baza lunară de calcul	Contribuția de asigurări sociale de sănătate
1.	2.	3.	4.	5.	6.
TOTAL					

Prezenta anexă face parte integrantă din formularul „Decizie de impunere privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice potrivit art. 180 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal”.

607

Sigla DGRFP Ministerul Finanțelor Publice
Agenția Națională de Administrare Fiscală
Direcția generală regională a finanțelor publice.....
 Unitatea fiscală
 Adresa:.....
 Tel:.....
 Fax:.....
 e-mail:.....
 Nr. înregistrare..... Data/...../.....

DECIZIE DE IMPUNERE
privind contribuția de asigurări sociale de sănătate
datorată de către persoanele fizice
potrivit art.180 alin.(1) lit.b) din Codul fiscal

pentru luna anul

Către:

Nume:.....
 Prenume:.....
 Domiciliul:Localitate:.....
 Cod poștal.....
 Str.....
 Nr.____Bl.____Sc.____Etaj____Ap.____
 Județ/sector:.....

Cod numeric personal/Număr de identificare fiscală:.....

În baza art. 180 alin. (1) lit.b) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare și a Declarației pentru stabilirea obligațiilor de plată cu titlu de contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de persoane prevăzute la art.180 din Codul fiscal pentru perioada..... nr.....din data....., se stabilește contribuția de asigurări sociale de sănătate, după cum urmează:

I. Determinarea contribuției de asigurări sociale de sănătate
--

(lei)

Baza de calcul	Contribuția de asigurări sociale de sănătate
1.	2.

Pentru obligațiile de plată stabilite prin prezenta, neachitate până la termenele prevăzute de lege, se vor calcula dobânzi și penalități de întârziere. Împotriva prezentei decizii se poate face contestație, care se depune, în termen de 45 zile de la comunicare, la organul fiscal emitent. Prezenta reprezintă titlu de creanță și constituie înștiințare de plată, conform legii.

*) Anexa nr. 5 este reprodusă în facsimil.

Date necesare efectuării plății contribuției de asigurări sociale de sănătate	
Beneficiar	
Cod de identificare fiscală beneficiar	
Contul de venituri bugetare corespunzător obligației de plată	
Codul IBAN aferent contului de venituri bugetare	
Explicații	
Suma (lei)	

Informații privind modalitățile de plată a contribuției de asigurări sociale de sănătate:

Achitarea sumelor datorate bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate poate fi efectuată prin una dintre următoarele modalități:

- în **numerar**, la unitatea Trezoreriei statului.....;
- prin **mandat poștal**, la subunitățile poștale ale C.N.Poșta Română S.A.;
- prin **virament, utilizând ordinul de plată**, din contul propriu deschis la o instituție de credit din România (bancă), inclusiv cel emis prin sisteme de plată electronică de tip „Internet banking”;
- prin **virament, utilizând contul tranzitoriu** deschis pe numele Ministerului Finanțelor Publice. Nomenclatorul conturilor de venituri bugetare în care pot fi achitate sume prin intermediul contului tranzitoriu de către persoanele fizice se regăsește pe site-ul Agenției Naționale de Administrare Fiscală, www.anaf.ro.

Aprobat:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Verificat:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Întocmit:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Am primit un exemplar
Semnătură contribuabil _____
Data __/__/__ sau numărul și data
confirmării de primire

Număr de operator de date cu caracter personal

ANEXA Nr. 6

C E R E R E

privind desființarea Deciziei de impunere privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri

Subsemnatul(a),, domiciliat(ă) în, str. nr., bl., sc., ap., județul (sectorul), codul poștal, având CNP/NIF, prin prezenta solicit anularea sumei de lei, reprezentând contribuție de asigurări sociale de sănătate stabilită și comunicată prin Decizia de impunere privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri pentru anul

Semnătura

Data

Caracteristicile de tipărire, modul de difuzare, de utilizare și de păstrare a formularelor

A. Denumire: „Declarație pentru stabilirea obligațiilor de plată cu titlu de contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de persoane prevăzute la art. 180 din Codul fiscal”

1. Format: A4/t2

2. Caracteristici de tipărire:

— se tipărește pe ambele fețe (seturi);

— se poate utiliza și echipament informatic pentru editare și completare, cu adaptări adecvate situației contribuabilului.

3. Se difuzează gratuit.

4. Se utilizează pentru stabilirea obligațiilor de plată cu titlu de contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de persoane prevăzute la art. 180 din Codul fiscal.

5. Se întocmește în două exemplare de către contribuabil.

6. Circulă:

— un exemplar, la organul fiscal competent;

— un exemplar, la contribuabil.

7. Se arhivează la dosarul contribuabilului.

B. Denumire: „Cerere de stopare a obligațiilor de plată reprezentând contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de persoane prevăzute la art. 180 din Codul fiscal”

1. Format: A4/t2

2. Caracteristici de tipărire:

— se tipărește pe ambele fețe (seturi);

— se poate utiliza și echipament informatic pentru editare și completare, cu adaptări adecvate situației contribuabilului.

3. Se difuzează gratuit.

4. Se utilizează pentru solicitarea încetării plății contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate, datorate de persoanele fizice care încep să realizeze venituri de natura celor prevăzute la art. 155 din Codul fiscal sau care se încadrează în categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției ori cu plata contribuției suportată din alte surse, potrivit legii.

5. Se întocmește în două exemplare de către contribuabil.

6. Circulă:

— un exemplar, la organul fiscal competent;

— un exemplar, la contribuabil.

7. Se arhivează la dosarul contribuabilului.

C. Denumire: „Decizie de impunere privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice potrivit art. 180 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal”

1. Format: A4/t2

2. Caracteristici de tipărire:

— se tipărește pe ambele fețe (seturi);

— se poate utiliza și echipament informatic pentru editare și completare, cu adaptări adecvate situației contribuabilului.

3. Se difuzează gratuit.

4. Se utilizează pentru stabilirea contribuției de asigurări sociale de sănătate în cazul persoanelor fizice care nu realizează venituri sau care realizează venituri lunare exclusiv din investiții și/sau din alte surse ale căror baze lunare de calcul se situează sub nivelul valorii salariului de bază minim brut pe țară și care au optat pentru plata lunară, pe o perioadă de cel puțin 12 luni consecutive, a obligațiilor cu titlu de contribuții de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii.

5. Se întocmește în două exemplare de către organul fiscal competent.

6. Circulă:

— un exemplar, la organul fiscal competent;

— un exemplar, la contribuabil.

7. Se arhivează la dosarul contribuabilului.

D. Denumire: „Situație privind stabilirea contribuției lunare de asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele fizice potrivit art. 180 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal”

1. Format: A4/t1

2. Caracteristici de tipărire:

— se tipărește pe o singură față;

— se poate utiliza și echipament informatic pentru editare și completare, cu adaptări adecvate situației contribuabilului.

3. Se difuzează gratuit.

4. Se întocmește ca anexă la formularul 606.

5. Se utilizează la stabilirea contribuției lunare de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele fizice potrivit art. 180 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal.

6. Se întocmește în două exemplare de către organul fiscal competent.

7. Circulă:

— un exemplar, la organul fiscal competent;

— un exemplar, la contribuabil.

8. Se arhivează împreună cu formularul 606 la dosarul contribuabilului.

E. Denumire: „Decizie de impunere privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de către persoanele fizice potrivit art. 180 alin. (1) lit. b) din Codul fiscal”

1. Format: A4/t2

2. Caracteristici de tipărire:

— se tipărește pe ambele fețe (seturi);

— se poate utiliza și echipament informatic pentru editare și completare, cu adaptări adecvate situației contribuabilului.

3. Se difuzează gratuit.

4. Se utilizează pentru stabilirea contribuției de asigurări sociale de sănătate în cazul persoanelor care nu realizează venituri sau care realizează venituri lunare exclusiv din investiții și/sau din alte surse ale căror baze lunare de calcul se situează sub nivelul valorii salariului de bază minim brut pe țară și care au optat pentru plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, la data depunerii declarației prevăzute la art. 181 din Codul fiscal.

5. Se întocmește în două exemplare de către organul fiscal competent.

6. Circulă:

— un exemplar, la organul fiscal competent;

— un exemplar, la contribuabil.

7. Se arhivează la dosarul contribuabilului.

F. Denumire: „Cerere privind desființarea Deciziei de impunere privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri”

1. Format: A4/t2

2. Caracteristici de tipărire:

— se tipărește pe o singură față;

— se poate utiliza și echipament informatic pentru editare și completare, cu adaptări adecvate situației contribuabilului.

3. Se difuzează gratuit.

4. Se utilizează pentru solicitarea desființării deciziei de impunere privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri de natura celor menționate la art. 155 din Codul fiscal și nu se încadrează în categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției pentru asigurări sociale de sănătate sau în categoriile de persoane pentru care plata contribuției se suportă din alte surse.

5. Se întocmește într-un exemplar de către contribuabil.

6. Circulă — un exemplar, la organul fiscal competent.

7. Se arhivează la dosarul contribuabilului.