

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

pentru exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI									
Nume			Inițiala tatălui		Cod de identificare fiscală				
Prenume									
Strada			Număr		Seria Nr.				
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/ sector	Banca				
Localitate			Cod poștal		Cont bancar (IBAN)				
Telefon			Fax		E-mail				
Țara									
II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI									
Nume, prenume/Denumire							Cod de identificare fiscală		
Strada				Număr			Bloc		
Județ/Sector				Localitate			Cod poștal		
Nr./data act împuternicire				Telefon			E-mail		

	Fax	

III. DATE PRIVIND EXCEPTAREA DE LA PLATA CONTRIBUȚIEI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar pe propria răspundere că dețin o asigurare pentru boală și maternitate în sistemul de securitate socială din alt stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, din Confederația Elvețiană și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord sau în statele cu care România are încheiate acorduri bilaterale de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate, în temeiul legislației interne a statelor respective, care produce efecte pe teritoriul României, și mă încadrez în categoria:

cetățeni români cu domiciliul sau reședința în România;

cetățeni străini și apatrizi care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România;

cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European, Confederației Elvețiene și Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, care au solicitat și au obținut dreptul de a sta în România pentru o perioadă de peste 3 luni;

persoane din statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European, din Confederația Elvețiană și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier și desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întorc de regulă zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână.

Anexez la prezenta următoarele documente justificative eliberate de instituția competentă din statul în care a fost încheiată asigurarea:

.....
.....

care atestă calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în statul de reședință/alt stat începând cu data de

__/__/____ până la data de __/__/____

Având în vedere că sunt asigurat pentru asigurările sociale de sănătate în statul de reședință/alt stat, solicit exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru veniturile pentru care se datorează contribuția menționată, potrivit legii, începând cu data de (zi/lună/an)

Prin prezenta mă oblig să anunț, în termen de 15 zile calendaristice, organul fiscal competent cu privire la orice schimbare care va surveni în cele declarate mai sus.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar că datele din această declarație sunt corecte și complete.

Semnătură contribuabil		Semnătură împuternicit	

Loc rezervat organului fiscal			
Nr. înregistrare		Data:	

Document care conține date cu caracter personal protejate de prevederile Regulamentului (UE) 2016/679

ANEXA 3

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE

a formularului "Declarație pe propria răspundere pentru exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate"

1. Depunerea declarației

Declarația se depune la organul fiscal competent de către persoanele care obțin venituri pentru care se datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii, și care dețin o asigurare socială de sănătate încheiată pe teritoriul altui stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, Confederației Elvețiene și Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord sau în statele cu care România are încheiate acorduri bilaterale de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală - maternitate, în temeiul legislației interne a statelor respective, care produce efecte pe teritoriul României.

Declarația se depune de persoana în cauză sau de către împuternicitul acesteia ca urmare a îndeplinirii condițiilor legale în vederea exceptării de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru veniturile realizate și face dovada acestui fapt.

Declarația se completează în două exemplare; originalul se depune la organul fiscal competent, iar copia se păstrează de către contribuabil sau de către împuternicitul acestuia. Declarația se poate completa și depune și prin mijloace electronice, potrivit legii.

Declarația se depune, după caz:

a) pe suport hârtie, direct la registratura organului fiscal sau la oficiul poștal, prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, împreună cu documentele justificative care atestă dreptul persoanei de a solicita exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate.

Data depunerii declarației este data înregistrării acesteia la organul fiscal sau data depunerii la poștă, după caz;

b) prin mijloace electronice de transmitere la distanță.

Data depunerii declarației este data înregistrării pe pagina de internet a organului fiscal, astfel cum rezultă din mesajul electronic de confirmare transmis ca urmare a primirii declarației, potrivit art. 103 din Codul de procedură fiscală.

2. Organul fiscal competent

Prin organ fiscal competent se înțelege organul fiscal la care persoana are obligația să declare veniturile realizate, potrivit legii.

3. Completarea declarației

Declarația se completează de către contribuabili sau de către împuterniciții acestora, înscriind corect, complet și cu bună-credință informațiile prevăzute de formular.

Declarația în format hârtie se semnează de către contribuabil sau de către împuternicit.

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Cod de identificare fiscală - se înscrie codul numeric personal sau numărul de identificare fiscală, atribuit de către Agenția Națională de Administrare Fiscală cu ocazia înregistrării fiscale, după caz.

În cazul în care declarația este completată de către împuternicit, se va înscrie codul numeric personal/numărul de identificare fiscală al contribuabilului pe care îl reprezintă.

Adresa - se înscrie adresa unde își are domiciliul sau adresa unde locuiește efectiv contribuabilul, în cazul în care aceasta este diferită de domiciliu, conform legii.

În cazul persoanelor fizice nerezidente, care nu au domiciliul fiscal în România, se înscrie adresa acestora din străinătate.

Banca, cont bancar (IBAN) - se înscriu denumirea băncii și codul IBAN al contului bancar al contribuabilului.

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Se completează cu datele de identificare a împuternicitului numai în cazul în care declarația se depune de către împuternicitul desemnat de contribuabil, potrivit dispozițiilor art. 18 din Codul de procedură fiscală.

Cod de identificare fiscală - se înscrie codul de identificare fiscală a împuternicitului.

Adresa - se înscrie adresa domiciliului fiscal al împuternicitului, conform legii.

Nr./dată act împuternicire - se înscriu numărul și data cu care împuternicitul a înregistrat actul de împuternicire, în formă autentică și în condițiile prevăzute de lege, la organul fiscal.

III. DATE PRIVIND EXCEPTAREA DE LA PLATA CONTRIBUȚIEI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Se bifează căsuța corespunzătoare categoriei de contribuabil exceptat de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, potrivit prevederilor art. 153 alin. (1) și (2) din Codul fiscal.

Se completează cu denumirea documentelor justificative pe care contribuabilul le anexează la declarație.

Documentele justificative care atestă că persoana nu are calitatea de contribuabil la sistemul național de asigurări sociale de sănătate și nu datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate pot fi:

a) Documentul portabil A1, care dovedește menținerea titularului la sistemul de securitate socială al statului de care aparține instituția emitentă, în situația persoanelor aflate sub incidența regulamentelor europene de coordonare a sistemelor de securitate socială;

b) TR/R1 - Formular privind legislația aplicabilă;

c) PM/RO101 - Certificat privind legislația aplicabilă;

d) MD/RO101 - Certificat privind legislația aplicabilă;

e) E104 - Atestat privind totalizarea perioadelor de asigurare, de muncă sau de reședință sau echivalentul în documente electronice structurate S041 - Răspuns la cererea pentru confirmarea perioadelor - tip de risc asigurat: boală și maternitate;

f) TR/R2 - Totalizarea perioadelor de asigurare pentru persoanele îndreptățite la prestații în caz de boală și maternitate;

g) QUE/ROU 104 - Atestat privind totalizarea perioadelor de asigurare în România sau de reședință în Québec;

h) SRB/RO 104 - Atestat privind totalizarea perioadelor de asigurare.

Documentele în format hârtie se prezintă în copie și original. Copia se certifică de organul fiscal "conform cu originalul", iar originalul se restituie contribuabilului.

În situația depunerii declarației prin poștă, documentele justificative se vor anexa în copie legalizată.

În situația depunerii declarației prin mijloace electronice, documentele justificative se vor anexa în copie, în format electronic.

ANEXA 4

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

Denumire: "Declarație pe propria răspundere pentru exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate" (603)

1. Format: A4/t2

2. Caracteristici de tipărire:

- se tipărește pe ambele fețe;

- se poate utiliza și echipament informatic pentru editare și completare.

3. Se difuzează gratuit.

4. Se utilizează în vederea exceptării de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate a persoanelor fizice care nu au calitatea de contribuabil la sistemul de asigurări sociale de sănătate în România.

5. Se întocmește de contribuabil sau de împuternicitul acestuia, după caz.

6. Circulă:

- în format electronic, la organul fiscal competent; sau

- în format hârtie, în două exemplare, semnat potrivit legii: un exemplar la contribuabil și un exemplar la organul fiscal central competent.

7. Se arhivează la dosarul contribuabilului.