Приложение № 7 към чл. 2, ал. 3 от Наредба № Н-8 от 2005 г. за съдържанието, сроковете, начина и реда за подаване и съхранение на данни от работодателите, осигурителите за осигурените при тях лица, както и от самоосигуряващите се лица – в сила от 01.01.2013 г.

| *Попълва се от приходната администрация* | |
|---|---|
| *ТД на НАП* | *гр.* |
| *Входящ номер и дата* | |
| *Име, фамилия и подпис на длъжностното лице, приело декларацията* | |

**ДО**
**ДИРЕКТОРА НА**
**ТЕРИТОРИАЛНА ДИРЕКЦИЯ**
**НА НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ**
**ЗА ПРИХОДИТЕ**
**ГР.** _____

# Д Е К Л А Р А Ц И Я

## образец № 7

**"Данни за възникване на задължение за внасяне на здравноосигурителни вноски и за избрания осигурителен доход на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване"**

**Подписаният/та** _____
(име, презиме и фамилия )

**ЕГН / ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП** [ | | | | | | | | | ]
(ненужното се зачертава)

**Постоянен адрес**

**Област** _____ **Община** _____

**Населено място (гр./с.)** _____ **пощенски код** [ | | | | ]

**Улица** _____ **№** _____ **ж. к.** _____

**бл.** _____ **вх.** _____ **ет.** _____ **ап.** _____ **тел.** _____

**Адрес за кореспонденция:**

**Адресът за кореспонденция съвпада с постоянния адрес** [ ]
(отбележете, ако адресът за кореспонденция съвпада с постоянния Ви адрес и не попълвайте данните отново)

**Област** _____ **Община** _____

**Населено място (гр./с.)** _____ **пощенски код** [ | | | | ]

**Улица** _____ **№** _____ **ж. к.** _____

**бл.** _____ **вх.** _____ **ет.** _____ **ап.** _____ **тел.** _____

**За контакт** **тел.** _____ **факс** _____ ***e-mail*** _____

# Д Е К Л А Р И Р А М:

**1. Началната дата от периода, за който възниква задължението ми за внасяне на вноски на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване е** [ | | | | | | | | ]
ден месец година

**2. Внасям осигурителни вноски върху:**

[ ] **минималния осигурителен доход, върху който се дължат вноски на основание чл. 40, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване**

[ ] **осигурителен доход над минималния, върху който се дължат вноски на основание чл. 40, ал. 5 от Закона за здравното осигуряване в размер на:** [ | | | | . | | ]

**Известно ми е, че за неверни данни нося наказателна отговорност по реда на чл. 313 от Наказателния кодекс.**

**Дата:** _____ **Декларатор:** _____

*"Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Националната агенция за приходите. Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите, в качеството ѝ на администратор на лични данни, можете да намерите на интернет адрес: www.nap.bg и на информационните табла в териториалните дирекции.*
*Адрес на Централното управление на Националната агенция за приходите: гр. София, бул. "Дондуков" № 52."*

**Данни за упълномощеното лице или за законния представител**

Попълва се само ако декларацията се подава от упълномощено лице или от законен представител на малолетно, непълнолетно или поставено под запрещение физическо лице

**ЕГН / ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП** (ненужното се зачертава) | | | | | | | | | | |

_____
(име, презиме и фамилия )

**Постоянен адрес**

**Област** _____ **Община** _____

**Населено място (гр./с.)** _____ **пощенски код** | | | | |

**Улица** _____ **№** ____ **ж. к.** _____

**бл.** _____ **вх.** _____ **ет.** _____ **ап.** _____ **тел.** _____

**Адрес за кореспонденция:**

**Адресът за кореспонденция съвпада с постоянния адрес** ☐
(отбележете, ако адресът за кореспонденция съвпада с постоянния Ви адрес и не попълвайте данните отново)

**Област** _____ **Община** _____

**Населено място (гр./с.)** _____ **пощенски код** | | | | |

**Улица** _____ **№** ____ **ж. к.** _____

**бл.** _____ **вх.** _____ **ет.** _____ **ап.** _____ **тел.** _____

**За контакт** **тел.** _____ **факс** _____ ***e-mail*** _____

**Дата:** _____ **Декларатор:** _____
подпис

**Указания за попълване на Декларация обр. № 7**
**"Данни за възникване на задължение за внасяне на здравноосигурителни вноски и за избрания осигурителен доход на основание чл. 40, ал. 5, от Закона за здравното осигуряване"**

Декларация обр. № 7 се подава в компетентната териториална дирекция на Националната агенция за приходите от самоосигуряващите се лица, които имат задължение да внасят здравноосигурителни вноски на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване.
Декларацията се подава до 25-о число на месеца, следващ месеца, през който е възникнало задължението за осигуряване на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване.
В декларацията се попълват:
1. Имената по документ за самоличност;
2. Единният граждански номер /ЕГН/ на осигуреното лице, а за чуждестранните граждани се попълва личният номер на чужденец /ЛНЧ/ или служебен номер, издаден от НАП за лицата, които нямат ЕГН или ЛНЧ;
3. Началната дата от периода, за който възниква задължението за внасяне на вноски на основание чл. 40, ал. 5, т.1 от Закона за здравното осигуряване;
4. Осигурителния доход, върху който се внасят осигурителни вноски на основание чл. 40, ал. 5, т. 1 от Закона за здравното осигуряване.