Nr. ☐☐☐☐☐☐☐ din ziua ☐☐, luna ☐☐, anul ☐☐☐☐

ANEXA 1.1

DECLARAȚIE inițială ☐ rectificativă ☐

privind evidența nominală a asiguraților și a obligațiilor de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat pentru luna ☐☐ anul ☐☐☐☐

DENUMIRE ANGAJATOR	CUI (COD FISCAL)	NR.INREG. REG.COMERTULUI
		/ /

NR. CRT.	Tip rectificare **)		NUME ȘI PRENUME ASIGURAT					COD ASIGURAT
Contract de muncă	NORMA zilnică *)		NUME ȘI PRENUME ASIGURAT (înainte de rectificare)					COD ASIGURAT (înainte de rectificare)
Contract de muncă cu timp parțial ***)	TOTAL ZILE	ZILE ÎN CONDIȚII NORMALE	ZILE ÎN CONDIȚII DEOSEBITE	ZILE ÎN CONDIȚII SPECIALE	TOTAL din care:	VENIT REALIZAT DE ASIGURAT ÎN CONDIȚII NORMALE	VENIT REALIZAT DE ASIGURAT ÎN CONDIȚII DEOSEBITE	VENIT REALIZAT DE ASIGURAT ÎN CONDIȚII SPECIALE
Pensionar ****)	TOTAL ZILE PRESTAȚII în condiții NORMALE	TOTAL ZILE PRESTAȚII în condiții DEOSEBITE	TOTAL ZILE PRESTAȚII în condiții SPECIALE	din care: ZILE PRESTAȚII SUPORTATE din BASS	din care: ZILE PRESTAȚII SUPORTATE din FAAMBP	CAS DATORATĂ DE ASIGURAT	TOTAL PRESTAȚII DE ASIGURARI SOCIALE *din care:*	SUPORTATE DIN BASS	SUPORTATE DIN FAAMBP
Șomer								

	Tip rectificare **)								
Contract de muncă									
Contract de muncă cu timp parțial ***)									
Pensionar ****)									
Șomer									

	Tip rectificare **)								
Contract de muncă									
Contract de muncă cu timp parțial ***)									
Pensionar ****)									
Șomer									

	Tip rectificare **)								
Contract de muncă									
Contract de muncă cu timp parțial ***)									
Pensionar ****)									
Șomer									

*) Program normal de lucru (8, 7, 6 ore). Se completează numai după 01.03.2003.

**) M = modificare; A - adăugare asigurat; S - ștergere asigurat

***) 1 pt. perioadă de până la 01.03.2003; 2 pt. CM timp parțial de 2 ore;3 pt. CM timp parțial de 3 ore;4 pt. CM timp parțial de 4 ore;5 pt. CM timp parțial de 5 ore;6 pt. CM timp parțial de 6 ore;7 pt. CM timp parțial de 7 ore; (CM=contract de muncă)

****) 1 pt. perioadă de până la 01.03.2003;2 pt. CM timp parțial de 2 ore;3 pt. CM timp parțial de 3 ore;4 pt. CM timp parțial de 4 ore;5 pt. CM timp parțial de 5 ore;6 pt. CM timp parțial de 6 ore;7 pt. CM timp parțial de 7 ore; 8 pt. CM normă întreagă (CM=contract de muncă)

Nr. filă: ☐☐☐

Semnătura,

Nr. ☐☐☐☐☐☐ din ziua ☐☐, luna ☐☐, anul ☐☐☐☐

ANEXA 1.2 / FAȚĂ

DECLARAȚIE inițială ☐ rectificativă ☐

privind evidența nominală a asiguraților și a obligațiilor de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat pentru luna ☐☐ anul ☐☐☐☐

Data stabilită pentru lichidarea drepturilor salariale: zi ☐☐, lună ☐☐, an ☐☐☐☐

COD CAEN: ☐☐☐☐

A. Denumire angajator: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ CNP: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B. CUI (Cod fiscal): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ C. Nr. înreg. Reg.Comerț. ☐☐☐/☐☐☐☐☐/☐☐☐☐ D. Nr. mediu asigurați: ☐☐☐☐☐☐

E. Total fond salarii brute realizate: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ din care: F. În condiții normale de muncă: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

G. În condiții deosebite de muncă: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

H. În condiții speciale de muncă: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

I. Total contribuții individuale de asigurări sociale de virat: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

J. Total CAS datorată de angajator: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

K. Contribuția de sănătate aferentă concediilor medicale conform art.54(2) din O.U.G. nr.150/2002, modificată și completată, suportată de la BASS: TOTAL zile prestații pentru pct. L1, L2, L3, L4,L5,L7, folosit la calcul contribuție de sănătate ☐☐☐☐☐☐ sumă: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

L. Total cuantum prestații de asigurări sociale de suportat din Bugetul Asigurărilor Sociale de Stat : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

		Număr cazuri	Nr. total zile prestații	Suma din BASS
L1	Indemnizație pentru incapacitate temporara de muncă	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
L2	Prevenire îmbolnăviri	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
L3	Sarcină și lăuzie	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
L4	Îngrijire copil bolnav	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
L5	Creștere copil până la 2 ani / 3 ani	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
L6	Ajutoare de deces	☐☐☐☐☐		☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
L7	Indemnizație de risc maternal	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

M. Total CAS angajator de virat (Legea 19/2000, modificată și completată): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N. Contribuție de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, datorată de angajator (Legea 346/2002, modificată și completată) : datorează: DA ☐ NU ☐ procent ☐,☐☐☐ sumă: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

O. Contribuția de sănătate aferentă concediilor medicale conform art.54(2) din O.U.G. nr.150/2002, modificată și completată, suportată de la FAAMBP: TOTAL zile prestații pentru pct. P1, P2, P3, P4, folosit la calcul contribuție de sănătate ☐☐☐☐☐☐ sumă: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

P. Total cuantum prestații de asigurări sociale suportate din FAAMBP (Legea 346/2002, modificată și completată) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

		Număr cazuri	Nr. total zile prestații	Suma din FAAMBP
P1	Indemnizație pentru incapacitate temporara de muncă datorată accidentelor de muncă și bolilor profesionale	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
P2	Indemnizație pentru trecerea temporară în alt loc de muncă datorată accidentelor de muncă și bolilor profesionale	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
P3	Indemnizație pentru reducerea timpului de lucru datorată accidentelor de muncă și bolilor profesionale	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
P4	Indemnizație pe durata cursurilor de calificare și reconversie profesională	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

R. Contribuție de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, de virat (Legea 346/2002, modificată și completată) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

S. Adresă angajator:

Localitatea: Strada:

Nr. Bl. Sc. Et. Ap. Tel.

Județ /Sector: E-mail:

Sub sancțiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat această declarație și în conformitate cu informațiile furnizate, o declar corectă și completă

Numele _____ Prenumele _____ Data _____

Funcția *) _____

Semnătura și ștampila_____ Nr. total de file ANEXA 1.1:

*) Director General sau altă persoană autorizată

Declarație nominală pe suport magnetic ☐ Nr. dischete / CD-ROM:

Declarație nominală transmisă pe cale electronică ☐

Verificat corectitudinea fișierelor: Nume:_____ Semnătura _____