

NOTE: THIS FORM IS FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY. DO NOT COMPLETE THIS FORM FOR FILING. USE THE ENGLISH VERSION OF THE AOC-E-307 INSTEAD.

SÍRVASE NOTAR: ESTE FORMULARIO SÓLO SE DISPONE PARA FINES INFORMATIVOS. NO LO DEBE PRESENTAR EN EL TRIBUNAL, SINO QUE DEBE LLENAR Y PRESENTAR LA VERSIÓN EN INGLÉS DEL FORMULARIO AOC-E-307.

STATE OF NORTH CAROLINA  
EL ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

File No.  
Nro. de expediente

\_\_\_\_\_ County  
Condado de \_\_\_\_\_

In The General Court Of Justice  
Superior Court Division  
Before The Clerk  
En los Tribunales de Justicia del Fuero Común  
Sección del Tribunal Superior  
Ante el secretario

IN THE MATTER OF THE ESTATE OF:  
EN EL CASO DE LA SUCESIÓN DE:

Name Of Decedent  
Nombre del difunto

AFFIDAVIT OF NOTICE  
TO CREDITORS  
DECLARACIÓN JURADA DE NOTIFICACIÓN  
A LOS ACREEDORES

G.S. 28A-14-1, 28A-14-2  
Artículos 28A-14-1, 28A-14-2 de la ley

**NOTE:** The second option should be checked only in cases where the decedent had no outstanding debts, or the personal representative has paid in full all known debts. The first option should be checked in all other cases.

**NOTA:** Solo debe marcar la segunda opción si el difunto no tenía deudas pendientes o si el albacea ha pagado todas las deudas de las que tenga conocimiento. En los demás casos, debe marcar la primera opción.

The undersigned affiant, being first duly sworn, says that:  
El abajo firmante declara bajo protesta de decir verdad que:

1. Pursuant to G.S. 28A-14-1, I made a reasonable effort to ascertain all persons, firms and corporations (including the Department of Health and Human Services, Division of Medical Assistance, if at the time of the decedent's death the decedent was receiving Medicaid) having unsatisfied claims against the decedent and personally delivered or mailed a copy of the Notice to Creditors to all such persons, firms and corporations then known to me, except for those claims that I recognize as valid.  
Conforme al artículo 28A-14-1, hice los esfuerzos razonables para determinar todas las personas, empresas y corporaciones (incluida la División de Asistencia Médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos si, al momento del fallecimiento del difunto, este recibía Medicaid) que tengan reclamaciones pendientes contra el difunto, y les entregué personalmente la Notificación a acreedores o se las envié por correo a todas las personas, empresas y corporaciones de las que sabía, salvo aquellas reclamaciones que reconozco como válidas.
2. No copy of the Notice to Creditors required by G.S. 28A-14-1 was mailed or personally delivered because, after making a reasonable effort within the time provided by law, I am satisfied that there are no persons, firms or corporations (including the Department of Health and Human Services, Division of Medical Assistance, if at the time of the decedent's death the decedent was receiving Medicaid) having unsatisfied claims against the decedent. (See note above.)  
No se entregó ni envió por correo ninguna Notificación a acreedores que exige el artículo 28A-14-1 porque, tras hacer un esfuerzo razonable en el plazo permitido por ley, estoy convencido de que no hay personas, empresas, ni corporaciones (incluida la División de Asistencia Médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos si, al momento del fallecimiento del difunto, este recibía Medicaid) que tengan reclamaciones pendientes contra el difunto. (Véase la nota de arriba.)

**NOTE:** Signature of only one affiant is necessary.  
**NOTA:** Solo se requiere la firma de un declarante.

(Over)  
(Continúe)

Date(mm/dd/yyyy) Fecha (mes/día/año)		Date (mm/dd/yyyy) Fecha (mes/día/año)	
Signature Of Affiant Firma del declarante		Signature Of Co-Affiant Firma del codeclarante	
<input type="checkbox"/> Personal Representative Or Collector Albacea o Colector <input type="checkbox"/> Attorney For Personal Representative Or Collector Abogado del albacea o del colector		<input type="checkbox"/> Personal Representative Or Collector Albacea o Colector <input type="checkbox"/> Attorney For Personal Representative Or Collector Abogado del albacea o del colector	
<b>SWORN/AFFIRMED AND SUBSCRIBED TO BEFORE ME DECLARADO SOLEMNEMENTE Y SUSCRITO ANTE MÍ</b>		<b>SWORN/AFFIRMED AND SUBSCRIBED TO BEFORE ME DECLARADO SOLEMNEMENTE Y SUSCRITO ANTE MÍ</b>	
Date (mm/dd/yyyy) Fecha (mes/día/año)	Signature Firma	Date (mm/dd/yyyy) Fecha (mes/día/año)	Signature Firma
<input type="checkbox"/> Deputy CSC Actuario auxiliar del TS <input type="checkbox"/> Assistant CSC Actuario asistente del TS <input type="checkbox"/> Clerk Of Superior Court Secretario del Tribunal Superior		<input type="checkbox"/> Deputy CSC Actuario auxiliar del TS <input type="checkbox"/> Assistant CSC Actuario asistente del TS <input type="checkbox"/> Clerk Of Superior Court Secretario del Tribunal Superior	
<input type="checkbox"/> Notary Notario	Date My Commission Expires (mm/dd/yyyy) Fecha en la que vence su comisión (mes/día/año)	Date My Commission Expires (mm/dd/yyyy) Fecha en la que vence su comisión (mes/día/año)	<input type="checkbox"/> Notary Notario
<b>SEAL SELLO</b>	County Where Notarized Condado en donde se notariizó	County Where Notarized Condado en donde se notariizó	<b>SEAL SELLO</b>

POR FAVOR LLENE LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO