

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.

LƯU Ý: MẪU NÀY CHỈ SỬ DỤNG VỚI MỤC ĐÍCH THAM KHẢO THÔNG TIN. KHÔNG ĐIỀN VÀ NỘP MẪU NÀY. SỬ DỤNG MẪU AOC-E-307 BẰNG TIẾNG ANH ĐỂ THAY THẾ.

STATE OF NORTH CAROLINA  
TIỂU BANG NORTH CAROLINA

File No.  
Số Hồ Sơ

In The General Court Of Justice  
Superior Court Division  
Before The Clerk  
Tại Hệ Thống Tòa Án Công Lý  
Phân Bộ Tòa Án Thượng Thẩm  
Trước Lục Sự Tòa Án

County \_\_\_\_\_  
Quận/hạt \_\_\_\_\_

IN THE MATTER OF THE ESTATE OF:  
VỀ QUỸ DI SẢN CỦA:

Name Of Decedent  
Tên của người đã mất

AFFIDAVIT OF NOTICE  
TO CREDITORS  
BẢN KHAI HỮU THỆ VỀ VIỆC  
THÔNG BÁO CHO CÁC CHỦ NỢ

G.S. 28A-14-1, 28A-14-2  
G.S. 28A-14-1, 28A-14-2

**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.

**LƯU Ý:** Chỉ nên đánh dấu lựa chọn thứ hai dưới đây nếu người đã mất không để lại bất kỳ khoản nợ nào, hoặc nếu người đại diện cá nhân đã thanh toán đầy đủ tất cả các khoản nợ được biết. Đối với tất cả các trường hợp khác, cần đánh dấu lựa chọn thứ nhất.

The undersigned affiant, being first duly sworn, says that:

Người khai ký tên dưới đây đã tuyên thệ theo đúng thủ tục và xin khai ra những điều sau đây:

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.  
Căn cứ theo G.S. 28A-14-1, tôi đã có các nỗ lực hợp lý để xác định tất cả những người, công ty và tổ chức (gồm cả Bộ Phận Trợ Cấp Y Tế thuộc Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh, nếu người đã mất đang được hưởng Medicaid vào lúc qua đời) có bất kỳ yêu cầu chi trả nào đối với người đã mất mà chưa được giải quyết, và tôi đã giao trực tiếp hoặc gửi qua thư một bản sao Thông Báo Cho Các Chủ Nợ cho tất cả những người, công ty và tổ chức đã biết vào lúc đó, chỉ trừ những trường hợp mà tôi nhận thấy yêu cầu chi trả là đúng.
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.)  
Tôi đã không gửi qua thư hay giao trực tiếp bản Thông Báo Cho Các Chủ Nợ theo quy định của G.S. 28A-14-1 bởi vì, sau khi có các nỗ lực hợp lý trong thời hạn luật định, tôi tin chắc rằng không một người, công ty hay tổ chức nào (gồm cả Bộ Phận Trợ Cấp Y Tế thuộc Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh, nếu người đã mất đang được hưởng Medicaid vào lúc qua đời) có bất kỳ yêu cầu chi trả nào đối với người đã mất mà chưa được giải quyết. (Xem lưu ý ở trên.)

**NOTE:** Signature of only one affiant is necessary.

**LƯU Ý:** Chỉ cần chữ ký của một người khai.

(Over)  
(Xem mặt sau)

Date(mm/dd/yyyy) Ngày (tháng/ngày/năm)		Date (mm/dd/yyyy) Ngày (tháng/ngày/năm)	
Signature Of Affiant Chữ ký của người khai		Signature Of Co-Affiant Chữ ký của người đồng khai	
<input type="checkbox"/> Personal Representative Or Collector Người đại diện cá nhân hoặc người thu thập tài sản <input type="checkbox"/> Attorney For Personal Representative Or Collector Luật sư của người đại diện cá nhân hoặc người thu thập tài sản		<input type="checkbox"/> Personal Representative Or Collector Người đại diện cá nhân hoặc người thu thập tài sản <input type="checkbox"/> Attorney For Personal Representative Or Collector Luật sư của người đại diện cá nhân hoặc người thu thập tài sản	
<b>SWORN/AFFIRMED AND SUBSCRIBED TO BEFORE ME TUYÊN THỆ/XÁC NHẬN VÀ KÝ TÊN TRƯỚC MẶT TÔI</b>		<b>SWORN/AFFIRMED AND SUBSCRIBED TO BEFORE ME TUYÊN THỆ/XÁC NHẬN VÀ KÝ TÊN TRƯỚC MẶT TÔI</b>	
Date (mm/dd/yyyy) Ngày (tháng/ngày/năm)	Signature Chữ ký	Date (mm/dd/yyyy) Ngày (tháng/ngày/năm)	Signature Chữ ký
<input type="checkbox"/> Deputy CSC Phó LSTTT		<input type="checkbox"/> Deputy CSC Phó LSTTT	
<input type="checkbox"/> Assistant CSC Phụ tá LSTTT		<input type="checkbox"/> Assistant CSC Phụ tá LSTTT	
<input type="checkbox"/> Clerk Of Superior Court Lục Sự Tòa Thượng Thẩm		<input type="checkbox"/> Clerk Of Superior Court Lục Sự Tòa Thượng Thẩm	
<input type="checkbox"/> Notary Công Chứng Viên	Date My Commission Expires (mm/dd/yyyy) Thời hạn nhiệm vụ của tôi sẽ hết vào ngày (tháng/ngày/năm)	<input type="checkbox"/> Notary Công Chứng Viên	Date My Commission Expires (mm/dd/yyyy) Thời hạn nhiệm vụ của tôi sẽ hết vào ngày (tháng/ngày/năm)
<b>SEAL ĐÓNG DẤU</b>	County Where Notarized Quận/hạt nơi đóng dấu công chứng	<b>SEAL ĐÓNG DẤU</b>	County Where Notarized Quận/hạt nơi đóng dấu công chứng

VUI LÒNG ĐIỀN VÀO PHIÊN BẢN TIẾNG ANH CỦA MẪU NÀY