

APPLICATION FOR REDEMPTION OF CAPITAL CREDITS

TO: TRI-COUNTY COMMUNICATIONS COOPERATIVE, INC. P.O. BOX 578, Strum WI 54770

RE: Capital Credits of _____ Deceased.

State of Wisconsin, County of _____, being first duly sworn on oath, deposes and says:

1. That the above named decedent who was a member of the above named Cooperative and who resided at _____, County of _____, State of Wisconsin, died at _____, County of _____, State of _____ on the _____ day of _____, 20_____.
2. That the decedent left no estate requiring probate or administration or that said estate has been probated and closed.
3. All funeral and burial expenses, expenses of last illness and taxes for said decedent have been paid and there are no know claims of creditors of the decedent, or tax claims, giving rise to any necessity of administration of his/her estate and no estate proceedings are contemplated.
4. Said decedent left surviving him/her as his/her sole heirs at law, or beneficiaries named in his/her Will only the following who are the sole persons interested in said matter:
(Attach sheet if necessary for additional names.)

Name	Relationship to Decedent	Address	Social Security Number
------	--------------------------	---------	------------------------

5. The Applicant below warrants that he/she is the legal beneficiary or heir entitled to receive said benefits or all of the persons interested in said matter have assigned their interests in the aforementioned capital credits to the undersigned and have consented that said capital credits be paid to the undersigned in full redemption and discharge of any ownership interest of the decedent in the patronage capital of the Cooperative.
6. The undersigned affiant agrees to indemnify and save the Cooperative harmless from any claim or liability it may incur by reason of the redemption and payment of said capital credits to the undersigned. The undersigned agrees to pay the cost incurred by the Cooperative in defending any claim from any person pertaining to the payments of patronage capital paid pursuant to this Application.

Signature

Phone Number

Social Security Number

Address

Subscribed and sworn to before me this _____ day of _____,
_____, Notary Public, _____ County, Wisconsin

My Commission Expires:



SOLICITUD DE REDENCION DE CREDITOS DE CAPITAL

PARA: TRI-COUNTY COMMUNICATIONS COOPERATIVE, INC. P.O. BOX 578, Strum WI 54770
RE: Créditos de Capital de _____ Difunto.

Estado de Wisconsin, Condado de _____, siendo el primero en prestar el debido juramento, declara y dice:

1. Que el difunto mencionado anteriormente que era miembro de la Cooperativa mencionada anteriormente y que residía en _____, Condado de _____, Estado de Wisconsin, falleció en _____, Condado de _____, Estado de _____ el día _____ de _____, 20_____.
2. Que el causante no dejó herencia que requiera sucesión o administración o que dicha herencia ha sido testamentada y cerrada.
3. Se han pagado todos los gastos funerarios y de entierro, gastos de última enfermedad e impuestos de dicho difunto y no existen reclamaciones conocidas de acreedores del difunto, ni reclamaciones tributarias, que den lugar a ninguna necesidad de administración de su patrimonio y no se contemplan procedimientos sucesorios.
4. Dicho difunto dejó sobreviviéndole como sus únicos herederos legales, o beneficiarios nombrados en su Testamento únicamente a los siguientes, quienes son las únicas personas interesadas en dicho asunto: (Adjunte la hoja si es necesario para nombres adicionales).

Nombre	Relación con el difunto	Dirección	Número de Seguro Social
--------	-------------------------	-----------	-------------------------

5. El Solicitante a continuación garantiza que es el beneficiario legal o heredero con derecho a recibir dichos beneficios o que todas las personas interesadas en dicho asunto han cedido sus intereses en los créditos de capital antes mencionados al abajo firmante y han consentido que dichos créditos de capital sean pagados al abajo firmante en total rescate y liberación de cualquier interés de propiedad del difunto en el capital de patrocinio de la Cooperativa.
6. El declarante abajo firmante se compromete a indemnizar y salvar a la Cooperativa de cualquier reclamo o responsabilidad en la que pueda incurrir con motivo de la redención y pago de dichos créditos de capital al abajo firmante. El abajo firmante acepta pagar el costo incurrido por la Cooperativa en la defensa de cualquier reclamo de cualquier persona relacionado con los pagos de capital de patrocinio pagado de conformidad con esta Solicitud.

Firma

Número de teléfono

Número de seguro social

Dirección

Suscrito y jurado ante mí este _____ día de _____ de _____.

_____, Notario Público, Condado de _____, WI

Mi comisión expira:



417 5th Avenue North, Strum, WI 54770