



**.Centro de Auto-Ayuda  
CLÍNICAS DE CUSTODIA Y DIVORCIO  
Coalición Latinoamericana**

4938 Central Ave. Suite-101, Charlotte, NC 28205  
704-686-0214 (fax) Envíe los formularios solamente por fax  
704-686-0210 (Voz)

\*Por favor provea su información de contacto en inglés  
Las Clínicas serán ofrecidas en: La Coalición Latinoamericana:  
Custodia- 5:00pm - 6:00pm/ Divorcio 6:00pm - 7:00pm (Los Lunes)

**Clínicas de Custodio y Divorcio Para el 2017**

Indique con un círculo la fecha y tipo de clínica para la cual desea registrarse

CUSTODIA / DIVORCIO

Enero 23	Febrero (No Clínica)	Marzo 6	Abril 3	Mayo 1	Junio 5
Julio 10	Agosto 14	Septiembre 11	Octubre 2	Noviembre 6	Diciembre 4

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

**Custodio**

¿Ha vivido el(la) niño(a) en Carolina del Norte los últimos 6 meses? *Si usted responde “no”, entonces esta clínica NO PUEDE ayudarle.*

¿Ya hay un ordene judicial vigente, firmado por un juez, sobre la(los) detalle(s) del custodia del (de la) niño(a)? *Si usted contesta “si”, entonces esta clínica NO PUEDE ayudarle.*

¿La División de Servicios Sociales (DSS) esta involucrado en la manera que el/la niño(a) ha sido removido del hogar? *Si usted responde “si”, entonces esta clínica NO PUEDE ayudarle.*

**Divorcio**

¿Ha vivido usted continuamente separado en diferente dirección por lo menos un año? *Si usted responde “no”, entonces esta clínica NO PUEDE ayudarle.*

¿Usted o su esposo(a) han vivido en Carolina del Norte los últimos 6 meses? *Si usted contesta “no”, entonces esta clínica NO PUEDE ayudarle.*

¿Ha arreglado usted todos sus asuntos con respecto la división de propiedad(es) y pensión alimenticia? *Si usted responde “no”, usted puede asistir a la clínica pero la división de la propiedad no será discutida ni se contestaran preguntas relacionadas con la división de propiedad.*

NOTA: SI DURANTE LA CLÍNICA SE DETERMINA QUE USTED NO TIENE LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA PONER UNA DEMANDA, NO PODRA CONTINUAR CON LA CLÍNICA.

Nombre: \_\_\_\_\_ La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo / Casa/ Celular (Indique uno)

¿Se puede dejar un mensaje en este número? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_