Huellas Para El Futuro

Planeando Un Documento Personal

2005 The Arc of East Middlesex - 2006

This document may be copied and reproduced. Please give credit to the Arc of East Middlesex.
www.theemarc.org

Como las huellas en la arena el cual las olas se llevan, este documento deja huellas para el futuro. Estas huellas especiales dejan una marca de donde hemos estado para guiar a aquellos que nos seguirán. Esto asegura el futuro de aquellos que amamos.

FOTO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA

Nombre: _____

Fecha: _____

Preparado por: _____

Cuando este documento se actualice, no se olvide de darle una copia a: _____

_____

_____

UNA CARTA PARA USTED

Si usted esta leyendo esto, usted ama a alguien que la necesita. Mi hijo, Jonathan, nació en 1979 con el Síndrome de Down y cuatro defectos en el corazón conocidos como Tetralogía colectiva de Fallot. El usa audífonos, para de respirar cuando duerme, ha tenido tres veces cirugía de corazón abierto y tiene implantado un "defibrillator".

Jon también es un graduado de la escuela secundaria, asistió al Colegio Comunitario y es un atleta realizado. El ha sido inducido dentro de Nacional Jewish Sports hall of Fame (Corredor de la Fama de los Deportes Judíos). El tiene su propia casa, un gran trabajo y muchos amigos y una Familia amorosa. Jon también le tiene miedo a la oscuridad, toma mucha soda de dieta, adora la lucha libre, escucha un iPod, le gusta viajar, ir al cine y comer en Restaurantes. Me preocupo por el muchísimo. Me preocupo por toda la información que yo sólo se ¿Que pasaría si yo me fuera? ¿Quién sabe el número de su registro medico y donde se encuentran los registros? Quien sabe todos sus beneficios e información básica? ¿Quien se va a acordar de tener luces de noche en todas partes y tener linternas a la mano? ¿Quién se va a asegurar de que tenga una amplia provisión de sodas o transferir su nuevo CD a su iPod? ¿Quien le va a cambiar el forrado de su colchón? Las preocupaciones fueron más y más. Yo necesito dirigir mis preocupaciones y por eso fue que cree **Huellas para el Futuro.**

He desarrollado esto para poder dormir mas tranquila en la noche, confortable sabiendo que información importante estará disponible para los futuros que cuiden y la gente que actualmente esta apoyando a Jonathan.
Quiero que este documento sea una invitación, completa y mas fácil que otros productos que estuvieron disponibles. También quiero que familias y cuidadores tengan un acceso libre a esto y este disponible para hacer cambios fácilmente. Este documento MS Word esta disponible en el Internet al **http://www.theemerc.org/resources12.html** lo puede guardar en su computador. Una vez lo baje cualquier cambio que haga en el futuro lo puede guardar.

Quiero agradecer al Concilio de Desarrollo del incapacitado de la Florida por el permiso de usar y adaptar algunos de los materiales de "Planning Ahead- Personal Información Summary" (Planeando por Adelantado-Resumen de Información Personal) y John Nadworny y Cyntthia Haddad quien fue una temprana colaboradora. Colaboración y Asociación a través y entre gente y agencias que apoyan familias es importante para todos nosotros. Abogado Fred Misilio ha proveído un apoyo temprano y sigue haciéndolo. Estoy especialmente agradecida por el trabajo de Marca Registrada donado por la firma de abogados de Mintz, Levin, Cohn, Ferris, Glovsky y Popeo. También quiero dar las gracias a, Paula Vrattos y Kathy Custer de el Arc of East Middlesex por su respuesta, editando y la ayuda haciendo la forma.
Mas que todo, Quiero agradecer a Jonathan que ha sido mi mas grande profesor.

Jo Ann Simona, MSW
Directora Ejecutiva

TABLA DE CONTENIDO

INFORMACION PERSONAL 1

INFORMACION DE INCAPACIDAD 3

HOSPITALIZACIONES/ENFERMEDADES MAYORES 3

INFORMACION DE SEGURO 4

DOCTOR DE CABEZERA 6

ALERGIAS (COMIDA, MEDICINA,SUSTANCIAS) 9

INTOLERANCIA (COMIDA, MEDICINA, SUSTANCIAS) 9

MEDICINAS 10

PROVEEDORES DE SERVICIOS/AGENCIAS 11

HISTORIA DE EMPLEO (INCLUYA POSICIONES DE VOLUNTARIO) 16

BENEFICIOS 16

SERVICIOS COMUNITARIOS/APOYOS 19

INFORMASION LEGAL Y FINANCIERA 21

LISTA DE PAPELES IMPORTANTES 24

ARREGLOS FINALES 25

AMIGOS Y FAMILIARES LEJANOS 26

LO QUE LE GUSTA Y LO QUE NO 27

COMPORTAMIENTOS SIGNIFICANTES 29

TEMAS Y MANERAS DE RESOLVERLOS 29

RUTINAS DIARIAS 30

HACIENDO UNA VIDA 31

TENIENDO UNA VIDA 32

CALENDARIO MENSUAL 33

BIOGRAFIA DEL AUTOR 34

ADJUNTO 35

Información Personal

Fecha de Hoy: _____

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Dirección (Número y Calle)

Número del Seguro Social

Ciudad Estado Código Postal

Número de pasaporte

Teléfono de la casa

Celular

Teléfono del trabajo

Numero de Fax

Otro teléfono

Correo Electrónico

Ciudadano De Los Estados Unidos ☐ Si ☐ No

Registrado para votar ☐ Si ☐ No

Registrado para Servicio Selectivo ☐ Si ☐ No

Altura

Peso

Color de Pelo

Color de Ojos

Numero del Medicaid

Número del Medicare

Esposo/(a) si es aplicable

Información Personal ***Madre***

Nombre

Fecha de Nacimiento

Dirección de la Casa (Número & Calle)

( ) -
Teléfono de la Casa

Ciudad Estado - Código Postal

Correo Electrónico

( ) - Teléfono Celular

( ) - Otro teléfono

( ) - Fax de la Casa

Nombre del Empleo

Dirección del Empleo

( ) - ext. Teléfono del Trabajo

( ) - Fax del Trabajo

Correo Electrónico del Trabajo

Preocupaciones de Salud / Condiciones:

INFORMACION PERSONAL ***Padre***

Nombre

Fecha de Nacimiento

Dirección de la Casa (Número & Calle)

( ) -
Teléfono de la Casa

Ciudad Estado - Código Postal

Correo Electrónico

( ) - Teléfono Celular

( ) - Otro teléfono

( ) - Fax de la Casa

Nombre del Empleo

Dirección del Empleo

( ) - ext. Teléfono del Trabajo

( ) - Fax del Trabajo

Correo Electrónico del Trabajo

Preocupaciones de Salud / Condiciones:

Use la hoja de “extensión de Familia y amigos” en la Pagina 27 para identificar hermanos(as), relativos y otra gente importante en la vida de los miembros de su familia.

INFORMACION DE INCAPACIDA

Diagnóstico Primario Causa (Si se conoce)

Diagnóstico Secundario Causa (Si se conoce)

Enfermedades Mayores/Hospitalizaciones

Condición	Edad cuando empezó	Tratamiento/Medicina	sucediendo	Resuelto
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Use " La Hoja de Hospitalización Adicional" para apuntar cualquier otra hospitalización mayor.

Otras Condiciones Crónicas de Salud

Condición	Edad cuando empezó	Tratamiento/Medicinas	Sucediendo	Resuelto
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Información Del Seguro

Compañía del Seguro de Salud Primario

Número del Subscritor
( ) - ext.

Dirección

Teléfono

Subscritor

Compañía del Seguro de Salud Secundario

Nombre del Subscritor
( ) - ext.

Dirección

Teléfono

Subscritor

Número Medicare

( ) - ext.

Dirección de la Oficina

Teléfono

Trabajador Social

Número Medicare

( ) - ext.

Dirección de la Oficina

Teléfono

Trabajador Social

Compañía de seguro de salud dental

Nombre del subscrito
( ) - ext.

Dirección

Teléfono

Subscrito

Compañía de seguros para recetas

Número de teléfono del subscrito
( ) - ext.

Dirección

Teléfono

Subscrito

Compañía de seguro de salud visual

Nombre del subscrito
( ) - ext.

Dirección

Teléfono

Subscrito

Otra clase de seguro medico

Numero de teléfono del subscrito
( ) - ext.

Dirección

Teléfono

Subscrito

Otra clase de seguro medico

Número de teléfono del subscrito
( ) - ext.

Dirección

Teléfono

Subscrito

Lista de Doctores

Doctor de cabecera

Nombre

Hospital o Clínica

Calle

Ciudad

Estado

Código de zona

( ) - ext.

Teléfono

( ) -

Fax

Correo electrónico

Exámenes y frecuencia de visitas

Dentista

Nombre

Hospital o Clínica

Dirección

Ciudad

Estado

Código de zona

( ) - ex.

Teléfono

( ) -

Fax

Correo electrónico

Exámenes y frecuencia de visitas

Clase de Especialista

Nombre

Correo electrónico

Dirección

Ciudad

Estado

Código de zona

( ) - ex.

Teléfono

( ) -

Fax

Correo electrónico

Exámenes y frecuencia de visitas

Clase de Especialista

Nombre

Correo electrónico

Dirección

Ciudad

Estado

Código de zona

( ) - ex.

Teléfono

( ) -

Fax

Correo electrónico

Exámenes y frecuencia de visitas

Clase de Especialista

Nombre | Correo electrónico

Dirección | Ciudad | Estado | Código de zona

( ) - ex. Teléfono | ( ) - Fax | Correo electrónico

Exámenes y frecuencia de visitas

Clase de Especialista

Nombre | Correo electrónico

Dirección | Ciudad | Estado | Código de zona

( ) - ex. Teléfono | ( ) - Fax | Correo electrónico

Exámenes y frecuencia de visitas

Clase de Especialista

Nombre | Correo electrónico

Dirección | Ciudad | Estado | Código de zona

( ) - ex. Teléfono | ( ) - Fax | Correo electrónico

Exámenes y frecuencia de visitas

Clase de Especialista

Nombre | Correo electrónico

Dirección | Ciudad | Estado | Código de zona

( ) - ex. Teléfono | ( ) - Fax | Correo electrónico

Exámenes y frecuencia de visitas

Use la hoja adicional si usted nenecita documentar mas profesionales médicos.

Información acerca de farmacia y hospital.

Farmacia

Nombre

( ) - Teléfono

( ) - Fax

Correo electrónico

Dirección

Ciudad

Estado

- Código de zona

Farmacia

Nombre

( ) - Teléfono

( ) - Fax

Correo electrónico

Dirección

Ciudad

Estado

- Código de zona

Hospital especializado o Regional

Nombre

Numero de Registro Medico

Dirección

Ciudad

Estado

- Código de zona

( ) - Teléfono

( ) - Fax

Hospital Local

Nombre

Numero de Registro Medico

Dirección

Ciudad

Estado

- Código de zona

( ) - Teléfono

( ) - Fax

Alergias (Comidas, Medicinas, Substancias)

Alérgico (a)	Reacción	Tratamiento

Intolerancia (Comida, Medicina, Substancias)

Intolerancia	Reacción	Tratamiento

Medicinas

Recetadas y no recetadas

Medicina	Condición	Dosis	Nombre del Doctor/ Numero de teléfono	Fecha Del Comienzo y Final	Comentarios/Efectos secundarios
COMENTARIOS:					

Adjunto paginas extras si las necesita

***Adoptado de "Planning Ahead", Del Concilio de desarrollo Para personas con incapacidades del Estado de la Florida, Inc. 2002**

Proveedores de Servicios y Agencias

Agencia Estatal Primaria / Distrito Escolar

Correo electrónico

( ) - ext.

Dirección

Teléfono

( ) -

-

Ciudad Estado Código de Zona

Fax

Persona a Contactar/Titulo

Supervisor/Director

Servicios Recibidos:

Comentarios u otra información:

Residencia

( ) - - ext.

Contacto

Teléfono

( ) - -

Dirección

-

Fax

Ciudad Estado

Correo electrónico

Servicios Recibidos

Comentarios o información Adicional

Trabajo durante el día / programa

( ) - - ext.

Teléfono

( ) - -

Fax

Correo Electrónico

Contacto

Dirección

-

Ciudad

Estado

Servicios recibidos:

Comentarios o información Adicional:

Apoyo Familiar

( ) - - ext.

Teléfono

( ) - -

Fax

Correo electrónico

Contacto

Dirección

-

Ciudad

Estado

Servicios Recibidos:

Comentarios o información Adicional

Transportación

( ) - - ext.

Teléfono

( ) - -

Fax

Correo electrónico

Contacto

Dirección

-

Ciudad

Estado

Servicios Recibidos:

Comentarios o información Adicional

Cuidado Personal

( ) - - ext.

Teléfono

( ) - -

Fax

Correo electrónico

Contacto

Dirección

-

Ciudad

Estado

Servicios Recibidos:

Comentarios o información Adicional

Intermediario Fiscal

( ) - - ext.

Teléfono

( ) - -

Fax

Correo electrónico

Contacto

Dirección

-

Ciudad

Estado

Servicios Recibidos

Comentarios o información Adicional:

Educación

( ) - - ext.

Teléfono

( ) - -

Fax

Correo electrónico

Contacto

Dirección

-

Ciudad

Estado

Servicios Recibidos:

Comentarios o información Adicional

Otro
( ) - - ext.

Contacto

Teléfono
( ) - -

Dirección
-

Fax

Ciudad

Estado

Correo electrónico

Servicios Recibidos

Comentarios o información adicional

Otro
( ) - - ext.

Contacto

Teléfono
( ) - -

Dirección
-

Fax

Ciudad

Estado

Correo electrónico

Servicios Recibidos

Comentarios o información Adicional

Historial de trabajo (Incluir posiciones voluntarias)

Trabajos que a tenido (comience con el primer trabajo)					
Empleo / Dirección/ Teléfono	Titulo de trabajo	Comenzó/Termino Salario	Razón por la cual dejo el trabajo	Referencias	Comienzo/final Dates

Incluya paginas extras si las necesita

***Adoptado de "Planning Ahead", Del Concilio de desarrollo Para personas con incapacidades del Estado de la Florida, Inc. 20**

Beneficios

Seguro Social (SSI, SSDI) Oficina

Dirección

-

Contacto

Ciudad Estado Código de Área

( ) - ext.

( ) -

Teléfono

Fax

Beneficios Recibidos:

Otra información (certificaciones, etc.)

Sección 8

Dirección

-

Contacto

Ciudad Estado Código de área

( ) - ext.

( ) -

Teléfono

Fax

Beneficios Recibidos:

Otra información (certificaciones, etc.)

Estampillas para comida

Dirección

-

Contacto

Ciudad Estado Código de área

( ) - ext.

( ) -

Teléfono

Fax

Beneficios Recibidos:

Otra información (recertificaciones, etc.)

Transportación

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Beneficios Recibidos:

Otra información (certificaciones, etc.)

Otro

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Beneficios Recibidos:

Otra información (certificaciones, etc.)

Otro

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Beneficios Recibidos:

Otra información (certificaciones, etc.)

Servicio a la comunidad/Apoyo

(Religiosos, Recreacionales, Artes, Olimpiadas especiales, etc.)

Nombre de la Organización

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Participación

Otra información

Nombre de la Organización

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Participación:

Otra información

Nombre de la Organización

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Participación:

Otra información

Nombre de la Organización

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Participación

Otra información;

Nombre de la Organización

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Participación:

Otra información;

Nombre de la Organización

Dirección

-

Contacto

( ) - ext.

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Teléfono

Fax

Participación:

Otra información;

Información Legal y Financiera

Nombre del encargado de recibir pagos

Dirección

Correo electrónico

Ciudad Estado Código de área

( ) - ( ) -

Teléfono Residencial

Fax

( ) - *ext.* ( ) -

Teléfono del trabajo

Celular

( ) -

Sucesor de representante de recibir pagos

Teléfono

Apoderado Legal

Dirección

Correo electrónico

Ciudad Estado Código de área

( ) - ( ) -

Teléfono Residencial

Fax

( ) - *ext.* ( ) -

Teléfono del trabajo

Celular

( ) -

Sucesor del apoderado legal.

Teléfono

Persona encargada legalmente para tomar decisiones medicas por el paciente

Dirección

Correo electrónico

Ciudad Estado Código de área

( ) - ( ) -

Teléfono Residencial

Fax

( ) - *ext.* ( ) -

Teléfono del trabajo

Celular

( ) -

Sucesor de la Persona encargada legalmente para tomar decisiones medicas por el paciente

Teléfono

Autorización de Consejería

Correo electrónico

( ) -

Teléfono Residencial

( ) - ext.

Teléfono del trabajo

Dirección

-

Ciudad Estado Código de área

( ) -

Fax

( ) -

Celular

( ) -

Teléfono

Sucesor de conserjería

Nombre de Fiduciario

Tipo de Fiduciario

Sucesor del Fiduciario

Administrador

Dirección

Localización de la copia Fiduciaria

Seguro de Vida y Entierro

Compañía

Contacto

Numero de Póliza

Dirección

( ) - ext.

Teléfono

Planeador Financiero

Compañía

Contacto

Numero de Cuenta

Dirección

( ) - ext.

Teléfono

Agente de Seguros	**Número de Póliza**
Compañía	Dirección
Contacto	*( ) - ext.* Teléfono

Contador/ Asistente de impuestos	**Número de Cuenta**
Compañía	Dirección
Contacto	*( ) - ext.* Teléfono

Guía Para Documentos Importantes

☐ Tarjetas de Seguro Medico
Lugar _____

☐ Tarjeta de Seguro Social
Lugar: _____

☐ Libretas de Banco y Estados de Cuenta
Lugar: _____

☐ Seguros de Vida y Testamentos
Lugar: _____

☐ Certificado de Nacimiento
Lugar _____

☐ _____
Lugar _____

☐ _____
Lugar _____

☐ _____
Lugar _____

☐ _____
Lugar _____

☐ _____
Lugar _____

☐ _____
Lugar _____

☐ _____
Lugar _____

☐ _____
Lugar _____

Arreglos Finales

Personas que se deben localizar en caso de muerte			
Nombre	Dirección	Números de teléfono	Relaciones personales (Personal, Compañero de Trabajo, vecinos, otros)
		( ) - ( ) -	
		( ) - ( ) -	
		( ) - ( ) -	

Arreglos funerarios y de entierro han sido hechos	☐ Si	☐ No	Prepagada	☐ Si	☐ No
Compra de Terreno en el cementerio:	☐Si	☐ No	Persona que Hizo la lapida	☐ Si	☐ No

Tipo de marcador preferido y epitafio:	Si Ha sido prepago, Pólizas, Contratos pueden ser encontrados:

Nombre del Cementerio /Sinagoga	Dirección	Número de Teléfono
		( ) -

Compañía funeral preferida (si aplica)		
Nombre	Direcciones	Número de Teléfono
		( ) -

Cremación:			
Entregar Cenizas a:	Nombre :	Direcciones :	
Servicio memorial	☐ Si	☐ No	Localización:
Comentario Especial:	☐ Si	☐ No	Describir:
Flores	☐ Si	☐ No	Donaciones especificadas:
Canciones:			
Invite a estas personas al servicio:			

Clérigo Preferido/Elogio	Dirección	Número de Teléfono
		( ) -
		( ) -

Añada paginas extras si lo necesita

***Adaptado del, Concilio de desarrollo Para personas con incapacidades del Estado de la Florida, Inc. 2002**

Amigos y Familiares

Hay personas que conocen y entienden las necesidades de su familla y que pueden ayudar y dar apoyo.

Relación

( ) -
Teléfono de la casa

Estado Código de Zona -

( ) - Fax de la casa

( ) - Teléfono Celular

información Adicional

Nombre

Relación

( ) -
Teléfono de la casa

Dirección

Ciudad Estado Código de zona -

( ) - Fax de la casa

( ) - Teléfono Celular

Correo Electrónico

información Adicional

Nombre

Relación

( ) -
Teléfono de la casa

Dirección

Ciudad Estado Código de zona -

( ) - Fax de la casa

( ) - Teléfono Celular

Correo Electrónico

información Adicional

Nombre

Relación

( ) -
Teléfono de la casa

Dirección

Ciudad Estado Código de zona -

( ) - Fax de la casa

( ) - Teléfono Celular

Correo Electrónico

información Adicional

Cosas que le gustan y que no le gustan

Que le gustan

Comidas preferidas, bebidas, restaurantes, etc.

Programas de TV favoritos, películas, deportes, pasatiempo, etc.

Ropa o posesiones preferidas (incluya estilos, patrones, cinturones preferidos, etc.):

Provea ropa y talla de zapatos

Sitios favoritos a donde le gusta ir:

Amigos preferidos.

Cosas preferidas:

Otros favoritos (animales, colores, etc.)

Lo que no le gusta

Gente:

Animales:

Ropa:

Miedos (la oscuridad, ruidos fuertes, Alturas, etc.)

Otras cosas que le gusten o no le gusten que no se hayan mencionado:

Comportamientos sobresalientes

Problemas Y formas de resolverlos

Rutinas diarias

Afeitarse

Bañarse en la tina, en la ducha,

Higiene oral, cuidado dental

Vestirse

Actividades de limpieza personal

Cuidado menstrual (si es aplicable)

Comer/cocinar

Limpieza de la casa

Compras

Presupuesto

Sueño/ siestas/patrones de sueño

Comunicación

Movilidad

Habilidad para escuchar/hablar

Visión

Equipo adoptivo

Otros

Haciendo una Vida

Aquí esta una oportunidad para dar ejemplos de un día típico suyo y con sus miembros de familia.

Se levanta a las:	a.m.	y
Desayuna a las	a.m.	y
Va a la escuela /trabajo:	a.m.	y
Otras actividades		
Come a las:	p.m.	y
Se arregla para ir a la cama:	p.m.	y
Alguna otra cosa:		

Teniendo una vida

Aquí es donde usted le puede dejar saber a otros acerca de la personalidad de sus miembros familiares, Habilidad, destrezas, pasatiempo e intereses espaciales. No se le olvide dejar saber que clase de medioambiente usted prefiere.

Calendario Mensual

Enero	Febrero	Marzo	Abril

Mayo	Junio	Julio	Agosto

Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

Comentarios:

Biografía del Autor

Jo Ann Simons, MSW

Jo Ann Simons es Directora Ejecutiva de “The Arc Middlesex”. Ella esta actualmente en la Junta de Proveedores de la Asociación de Desarrollo al incapacitado. En la Sociedad Nacional del Síndrome de Down y “Life” (Vida),Inc, una consultante a el programa de Atletas Saludables de las Olimpiadas Especiales,Inc. Anteriormente ella fue presidente del Congreso Nacional del Síndrome de Down y un miembro de la junta de las Olimpiadas Especiales,Inc.

Jo Ann Se dirige a audiencias alrededor del país y a través del mundo con tópicos como son la transición, empleo, vivienda, programas después de la secundaria y viviendo independiente en adición planeando una vida personal. Jo Ann ha recibido el premio de los Derechos Humanos por el Departamento de Retardación Mental de Massachussets, El premio al Defensor Sobresaliente por la Sociedad Nacional de Síndrome de Down y premios de servicio por el Congreso Nacional de Síndrome de Down.

Jo Ann es graduada de Wheaton Collage (MA), y la Universidad de Connecticut escuela de Trabajos Sociales, Ella y su esposo, Chet Derr, viven en Swampscott, MA. Su hijo Jon, quien tiene el Síndrome de Down y es Jo Ann el mejor profesor, vive independientemente en Cape Cod. Su hija Emely que le recuerda que ser “típica” es especial también.

Jo Ann aplazo el escribir huellas para el futuro por mucho tiempo y esta comprometida a ayudar a otros a terminarlo.

Jo Ann Simons, Executive Director
2005 The Arc of East Middlesex - 2006

This document may be copied and reproduced. Please give credit to the Arc of East Middlesex.
www.theemarc.org