

Criterios para hospedarse

Los huéspedes de aislamiento, cuarentena y recuperación del Ho Hum cumplen con los siguientes criterios:

- ✓ Tienen síntomas o se sospecha que tienen COVID-19 pero no requieren atención hospitalaria; **o**
- ✓ Han estado expuestos al COVID-19 y un prestador médico los ha evaluado como en alto riesgo de tener un resultado de COVID-19+; **o**
- ✓ Han obtenido un resultado positivo de COVID-19 (caso confirmado) con síntomas mínimos o nulos; **y**
- ✓ Requieren aislamiento debido al riesgo de contagiar a otros durante la recuperación y no disponen de un lugar adecuado para aislarse; **y**
- ✓ No requieren atención de nivel hospitalario (pueden haber sido dados de alta de un hospital o derivados directamente desde su vivienda actual); **y**
- ✓ No requieren asistencia con las tareas de la vida diaria y pueden autoevacuarse del edificio si fuera necesario.

Para los individuos que se sospecha que tienen o tienen un alto riesgo de tener un resultado de COVID-19+, solo se aceptan si provienen de:

- la División de Servicios Económicos (en inglés ESD) del Departamento para Niños y Familias (en inglés DCF), **o**
- del Departamento de Salud de Vermont, **o**
- de un médico o centro de salud.

Cómo hacer una derivación

1. La agencia de derivación inicialmente determinará si la persona cumple con los criterios de admisión del establecimiento. Los huéspedes de alojamiento de aislamiento, cuarentena y recuperación del COVID-19 cumplen con los requisitos detallados anteriormente.
2. La agencia de derivación se asegurará de tener lo necesario cuando complete una derivación por vía telefónica:
 - a. Autorización del cliente para hacer la derivación
 - b. Acceso al cliente durante la conversación de derivación (llamada en conferencia o presente en la misma habitación a una distancia prudencial), para ayudar a responder preguntas.
3. Para iniciar una derivación, deben llamar al personal de Ho Hum, al: 802-233-8922. Deberán completar y enviar la siguiente información a la casilla de correo electrónico para derivaciones de Ho Hum: hohum@champlainhousingtrust.org:
 - a. Una copia escaneada de una identificación con foto o, si el huésped no tiene identificación con foto, una foto del huésped; **y**
 - b. El formulario de reserva de Ho Hum (Anexo A); **y**
 - c. El formulario firmado de Acuerdo del huésped (Anexo B); **y**
 - d. El formulario de Champlain Housing Trust HIPAA (Anexo C); **y**
 - e. Si la persona no tiene un prestador de atención primaria en el área de Burlington y está dispuesto a que los Centros de salud de la comunidad de Burlington asuman esa función mientras permanecen

en el Ho Hum, deben enviar el formulario de inscripción del paciente a los Centros de salud de la comunidad de Burlington (Anexo D); y

- f. **Si** la persona tiene una prueba de COVID-19 con resultado positivo, una confirmación de la prueba.
4. **Solicitamos no envíen huéspedes al establecimiento hasta haber recibido confirmación de la reserva.** Una vez que hayamos recibido toda la información y documentación requerida y hayamos decidido aceptar a la persona al establecimiento, el personal de Ho Hum confirmará la reserva para asegurarse de que tanto el huésped como el personal de Ho Hum estén preparados para la llegada. Todos los huéspedes deben llegar después de las 10 a.m. y antes de las 9 p.m.
5. El personal clínico de los Centros de salud de la comunidad de Burlington trabajará para coordinar atención de telesalud para las personas si no hacen sus propios arreglos de atención.
6. Los prestadores de atención primaria de los huéspedes y el personal de los Centros de salud de la comunidad de Burlington participarán del proceso de alta médica para otorgar la autorización final para que el personal pueda dar el alta a los huéspedes.

Listado de verificación para la derivación – Información que necesita tener a mano

Durante el proceso de derivación, la agencia deberá aportar la siguiente información sobre el huésped potencial (si la tiene), para apoyar al personal en la evaluación de la asignación adecuada de alojamiento.

- Nombre del huésped
- Fecha de nacimiento
- ¿Tiene un formulario ya existente de Divulgación de información de Champlain Housing Trust y de los Centros de salud de la comunidad de Burlington, o puede completarlo ahora? (Verbal y/o escrito)
- ¿Usa terapia asistida por medicación? (este no es un impedimento; solo es importante saberlo)
- Situación habitacional – ¿cuál es el motivo por el que la persona no tiene un lugar donde aislarse? ¿A dónde regresará cuando se recupere?
- Fecha de la prueba – lugar y verificación del resultado positivo
- Fecha de aparición de síntomas, si la conoce
- Síntomas actuales
- Capacidad de cuidar de sí mismo – por ejemplo, deambular, lavar su ropa, conducir, tomar medicamentos, manejar cualquier afección crónica
- Suministro de medicamentos – ¿tendrá suministros para al menos 14 días cuando llegue? En caso negativo, ¿quién receta sus medicamentos?
- ¿Existen planes de seguridad establecidos de los que debemos estar al tanto?

Solicitamos que no envíen huéspedes al establecimiento hasta haber recibido confirmación del Ho Hum de la reserva

Ho Hum Motel

COVID-19 Isolation, Quarantine & Recovery Accommodations

Ho Hum Motel 1660 Williston Road, South Burlington, VT 05403
--

Guest Criteria

Isolation, Quarantine & Recovery guests of the Ho Hum meet the following criteria:

- ✓ Are symptomatic and suspected of having COVID-19 but do not require hospital care; **or**
- ✓ Have been exposed to COVID-19 and have been assessed as high-risk for being COVID-19+ by a medical provider; **or**
- ✓ Test positive for COVID-19 (confirmed case) with minimal or no symptoms; **and**
- ✓ Require self-isolation due to risk of infecting others during recovery and have no other suitable place to self-isolate; **and**
- ✓ Do not require hospital level of care (may be discharging from a hospital or referred directly from current housing); **and**
- ✓ Do not require assistance with daily living and can self-evacuate the building if needed.

For individuals suspected or at high risk for being COVID-19+, referrals are only accepted from:

- DCF Economic Services Division (ESD), **or**
- Vermont Department of Health, **or**
- A physician or health center.

How to Make a Referral

7. Referring agency will initially assess whether the individual meets the criteria for admission at the site. Guests of COVID-19 isolation, quarantine, and recovery housing meet the criteria listed above.
8. Referring agency will ensure that they have what they need to complete the referral via phone:
 - a. Permission from the client to make the referral
 - b. Access to the client during the referral conversation (conference call or sitting in the same room at a safe distance) to help answer questions.
9. To initiate a referral, please call Ho Hum Staff at: 802-233-8922. You will be asked to complete and send the following to the Ho Hum referrals email: hohum@champlainhousingtrust.org:
 - a. A scanned copy of photo ID or, if the guest has no photo ID, a photo of the guest; **and**
 - b. Ho Hum Reservation Form (Attachment A); **and**
 - c. Signed Guest Agreement Form (Attachment B); **and**
 - d. Champlain Housing Trust HIPAA form (Attachment C); **and**
 - e. If the individual does not have a primary care provider in the Burlington area and is willing to have the Community Health Centers of Burlington take on that role while they are staying at the Ho Hum, please also send the Community Health Centers of Burlington Patient Registration Form (Attachment D); **and**
 - f. **If** the individual has tested positive for COVID-19, a confirmation of testing.

10. **Please do not send guests to the site until you have received confirmation of reservation.** Upon receiving all required information/documentation and determining that the individual is accepted at the site, Ho Hum staff will confirm the reservation, ensure that the guest and Ho Hum staff are both prepared for arrival. All guests must arrive after 10 a.m. and before 9 p.m.
11. Clinical Staff with the Community Health Centers of Burlington will work to arrange telehealth care for individuals if they are not arranging their own care.
12. Guests' Primary Care Providers and Community Health Centers of Burlington staff will participate in the discharge process to provide final authorization that staff can discharge guests.

Referral Checklist – Information to Have Available

During the referral process, the referring agency will be asked to provide the following information (as available) from the potential guest to support staff in assessing appropriate placement.

- Guest Name
- Date of Birth
- Do you have an existing Release of Information with the Champlain Housing Trust and Community Health Centers of Burlington, or can you complete one now? (Verbal and/or written)
- Are they on Medication Assisted Therapy? (this is not a barrier, just important)
- Living situation – what is the reason why they do not have a place to self-isolate? Where will they return to when they recover?
- Date of test – place and verification of positive result
- Date of onset of symptoms, if known
- Current symptoms
- Ability to care for self – for example ambulating, doing personal laundry, driving, taking medications, managing any chronic conditions
- Supply of medications – will they have at least 14 days with them when they arrive? If not, who orders their prescription?
- Are there any safety plans in place that we need to be aware of?

Please do not send guests to the site until you have received confirmation of placement from the Ho Hum.

Formulario de reserva del Ho Hum

A completar por la agencia y enviar a: hohum@champlainhousingtrust.org;
mohler@champlainhousingtrust.org; y etaylor@champlainhousingtrust.org

Agencia de derivación: _____

Nombre del jefe de familia (HH): _____

Fecha de nacimiento del HH: _____

Número de teléfono del HH: _____

Cantidad de integrantes del grupo familiar: _____

Cantidad de niños: _____

Edades de los niños: _____

¿Animal de servicio? Sí No

Fecha de ingreso: _____

Fecha de salida: _____

Miembro del personal que autoriza la estadía:

¿El grupo familiar tiene un administrador de caso existente que brinde servicios y apoyo? Sí No

Si es así, los servicios de administración del caso los brindará: _____

Teléfono del administrador del caso: _____

Correo electrónico del administrador del caso: _____

¿Ha llamado para confirmar la disponibilidad de habitaciones? Si no lo hizo, llame al Ho Hum al 802-233-8922.

Deberá completarlo el Champlain Housing Trust (Fideicomiso de Vivienda de Champlain) y devolverlo a la persona que autorizó la estancia.

Para el huésped:

Fecha de ingreso: _____

Fecha de salida: _____

Motivo de la salida:

Fin de la estadía autorizada

Infracción de normas del huésped

Otro: _____

Ho Hum Reservation Form

To be completed by agency and emailed to: hohum@champlainhousingtrust.org; mohler@champlainhousingtrust.org; and etaylor@champlainhousingtrust.org

Referring Agency: _____

Head of Household Name (HH): _____

HH Date of Birth: _____

HH Phone Number: _____

Number of Adults in household: _____ Number of Children: _____

Ages of Children: _____

Service Animal? Yes No

Check In Date: _____

Check Out Date: _____

Staff person Authorizing Stay:

Does the household have an existing case manager providing services and support? Yes No

If so, Case Management Services to be provided by: _____

Case Manager's Phone: _____

Case Manager's Email: _____

Have you called to confirm room availability? If not, please call Ho Hum at 802-233-8922.

To be completed by Champlain Housing Trust and returned to staff person authorizing stay.

For guests above:

Check In Date: _____

Check Out Date: _____

Reason for check out:

End of authorized stay

Violation of guest rules

Other: _____

Acuerdo del huésped de Ho Hum: Sus derechos y responsabilidades

Para comunicarse con la recepción, marque 0 o 861-7329. Si nadie responde, marque 862-6244. En caso de una emergencia, marque 9-1-1

Criterios

Para ser huésped del Ho Hum usted debe:

- Tener la sospecha de contar con un resultado positivo para COVID-19, estar en alto riesgo, o haber obtenido un resultado positivo para COVID-19
- Poder manejarse con sus actividades de la vida diaria
- No tener otro lugar adecuado para cumplir una cuarentena o aislarse (para apoyar la recuperación de la salud y evitar contagiar a otros)
- Poder cumplir con las responsabilidades detalladas al pie
- **Elegir estar aquí** (el aislamiento en este establecimiento es voluntario) y aceptar las normas, si decide quedarse.

Sus derechos: Qué puede esperar de nosotros

Nos complace que esté aquí y puede esperar lo siguiente de nosotros:

- Personal solidario en el lugar y disponible por teléfono para ayudar a garantizar que se atiendan sus necesidades y las necesidades de los demás
Habitación y baño limpios cuando llegue, y suministros para mantenerlos limpios
- Servicios de lavandería cuando los necesite (llame a la Recepción para hacer una reserva)
- Comidas en la habitación a diario.
- Seguridad dentro del establecimiento para garantizar de que sea un ámbito seguro para usted y para los demás
- Acceso a un prestador de salud y a pruebas
- Equipamiento de protección personal que incluye mascarilla facial, guantes y artículos de limpieza para la habitación.

Sus responsabilidades: Qué esperamos de usted

Por su salud y seguridad y por la salud y seguridad de los demás, le pedimos que acepte las siguientes responsabilidades. Si no se comporta conforme estas responsabilidades, se le podrá pedir que se retire:

Salud y bienestar

- Usted es responsable de su propia salud. Preste atención a cómo se siente e informe a su prestador de atención médica si comienza a sentirse enfermo; lo ayudaremos a obtener la atención médica que necesita.
- Mantenga su higiene personal.
- Mantenga limpia su habitación y limpie a diario lo que ensucie con artículos desinfectantes para limpiar las superficies.
- Use siempre una mascarilla facial y guantes cuando esté con otras personas.
- Cuídese, descanse para ayudar a su recuperación y manténgase seguro.
- Sea respetuoso con los demás, incluidos los huéspedes, el personal y los voluntarios.

Estadía en el Ho Hum

- Mientras esté alojado en el Ho Hum, debe permanecer dentro del establecimiento en todo momento. No se permiten visitas excepto cuando sean coordinadas previamente con la recepción, para entregar paquetes afuera de la oficina.
- Puede salir a tomar aire dentro del predio siempre que mantenga una distancia de al menos seis pies de otras personas que puedan estar afuera. Debe usar mascarilla cuando esté afuera, para proteger la salud de los demás. Debe quedarse dentro del predio y el personal controla que se cumpla esa norma. Si tiene niños con usted, deben estar supervisados en todo momento cuando estén afuera.
- No está permitido consumir bebidas alcohólicas fuera de la habitación.
- No se permite fumar en la habitación. Si fuma en la habitación se le pedirá que se retire y estará sujeto a un cargo de \$100. Puede fumar afuera, con las puertas de las habitaciones cerradas y a diez pies de distancia del edificio.
- Disponemos de servicio telefónico local en las habitaciones.
- Las habitaciones simples incluyen mini-nevera y horno de microondas. Las habitaciones eficientes incluyen nevera y cocina. Los huéspedes no pueden usar sus propios artefactos de cocina, incluidas las placas calefactoras y las sartenes eléctricas, dentro de ninguna habitación del predio y no pueden usar dispositivos de cocina de llama abierta en las instalaciones, incluido el predio exterior y la terraza.
- No se admiten mascotas. Los animales de servicio que asisten a personas con discapacidades están permitidos.
- No se permite la estadía de agresores sexuales registrados debido a la vulnerabilidad de otros huéspedes, y se les pedirá que se retiren si se determina que figuran en el registro.
- Si decide poner fin a su estadía en el Ho Hum, podemos coordinar el transporte a un destino razonable dentro del estado, siempre que su período de aislamiento y cuarentena cumpla con las recomendaciones sanitarias. **Una vez que abandone el Ho Hum no podrá regresar.**

Conducta

- Si se le pide que cumpla con ciertas restricciones o condiciones de otros programas, esperamos que las cumpla aquí.
- Si se descubre que usted vende drogas en el establecimiento, notificaremos a la policía y obtendremos una orden de prohibición de entrada.
- No se permite la tenencia de armas ni las conductas violentas o amenazadoras, incluido el acoso sexual verbal.
- Usted debe estar vestido y usar zapatos o pantuflas en todo momento.
- Si infringe estas normas podremos pedirle que se retire.

Artículos personales

- Llévase con usted cualquier objeto que traiga.

Con mi firma al pie confirmo que he leído este acuerdo y entiendo mis derechos (lo que puedo esperar de Ho Hum) y mis responsabilidades (lo que se espera de mí y que debo cumplir), que se detallan más arriba.

Firma del huésped _____ Fecha _____

Nombre del huésped _____ Fecha _____

Firma de miembro del personal _____ Fecha _____

Ho Hum Guest Agreement: Your Rights and Responsibilities

To reach the front desk, dial 0 or 861-7329. If no one answers, dial 862-6244. For Emergencies, dial 9-1-1

Criteria

In order to be a guest at the Ho Hum you must:

- Be suspected of being positive for COVID-19, be at high-risk, or have tested positive for COVID-19
- Be able to manage your own activities of daily living
- Have no other suitable place to self-quarantine/isolate (to support healthy recovery and prevent infecting others)
- Be able to follow Responsibilities as listed below
- **Choose to be here** (isolating at this site is voluntary) and agree to the rules if you choose to stay.

Your Rights: What you can Expect from Us

We are glad that you are here and you can expect the following from us:

- Supportive staff on site and available by telephone to help ensure your needs and the needs of others are met
Clean bedroom and bathroom when you arrive, and supplies to keep it clean
- Laundry services, as needed (call the Front Desk to make an appointment)
- Food delivered to your room daily.
- Security onsite to ensure that it is a safe environment for you and others
- Access to a healthcare provider and to testing
- Personal protective equipment including a face mask, gloves and room cleaning supplies.

Your Responsibilities: What we Expect from You

For your health and safety and the health and safety of others, we ask you to accept the following responsibilities. If you do not act according to these responsibilities, you may be asked to leave:

Health and Wellbeing

- You are responsible for your own health. Please pay attention to how you are feeling and let your medical provider know if you start to feel ill and we will help you get the medical care you need.
- Please maintain personal hygiene.
- Please keep your room clean, and clean up after yourself, using disinfecting supplies to clean surfaces every day.
- Please always wear a face mask and gloves when you are around others.
- Please take care of yourself, rest to support your recovery, and remain safe.
- Please be respectful of others, including other guests, staff, and volunteers.

Staying at the Ho Hum

- While you are staying at the Ho Hum, you must remain onsite at all times. Visitors are not permitted except as pre-arranged with the front desk, for deliveries to be dropped off outside of the office.
- You may go outside for fresh air onsite on the premises so long as you maintain a distance of at least six feet from others who may be outside. Please wear a mask when outside, to protect the health of others. You are required to stay on the premises, and that is monitored by staff. If you have children with you, they must be supervised at all times while outside.
- Alcoholic beverages may not be consumed outside of rooms.
- Smoking is not permitted in the rooms. You will be asked to leave and may be subject to a \$100 charge if there is smoking in your rooms. You may smoke outside with room doors closed and ten feet away from the building.
- In-room local phone service is available.
- Single rooms include a mini-fridge and microwave. Efficiency rooms include a refrigerator and stove. Guests may not use their own cooking devices, including hot plates and electric fry pans, within any room of the premises and may not use any open flame cooking device on the premises, including grounds and decks.
- No pets are allowed. Service animals assisting persons with disabilities are permitted.
- Registered sex offenders are not permitted to stay due to the vulnerability of other guests and will be asked to leave if found to be on the registry.
- If you decide to end your stay at the Ho Hum, we can arrange transportation to a reasonable destination within the State as long as your period of self-isolation and quarantine meets health care recommendations. **Once you leave the Ho Hum you may not be able to return.**

Behavior

- If you are required to follow certain restrictions or conditions from other programs, you are expected to follow them here.
- If you are found to be selling drugs on the property, we will notify the police, and obtain a no-trespass order.
- Weapons, violence and threatening behavior, including verbal sexual harassment, are not allowed.
- You must be clothed and have shoes or slippers on at all times.
- If you violate these guest rules, you may be asked to leave.

Personal Items

- Please take with you any items that you bring.

By signing below I agree that I have read this agreement and understand my rights (what I can expect from the Ho Hum) and my responsibilities (what is expected of me, and that I must follow) that are listed above.

Guest Signature_____

Date_____

Guest Name_____

Date_____

Staff Signature_____

Date_____



AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre en letra de molde: _____

I. Mi autorización

Autorizo a Champlain Housing Trust, Inc.a usar o divulgar la siguiente información de salud:

- Toda mi información de salud

- Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o afección:

COVID-19 _____

- Mi información de salud que cubre el período desde el _____ (fecha) hasta el _____ (fecha)

- Otro _____

La parte mencionada anteriormente puede divulgar esta información de salud a cualquier prestador de atención sanitaria, servicio social o alojamiento que me brinde servicios durante mi estadía en el Ho Hum.

El propósito de esta autorización es (seleccione todo lo que corresponda):

- Brindar servicios de atención sanitaria, servicios sociales y/o servicios relacionados durante mi estadía en el Ho Hum y/o facilitar mi posibilidad de obtener otro alojamiento.

- Otro _____

Esta autorización termina:

- El (fecha) _____

- Cuando ocurra lo siguiente: _____

II. Mis derechos

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto cuando el uso o la divulgación ya se haya realizado en virtud de mi autorización original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si el propósito era obtener cobertura de seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar el pedido a la parte correspondiente.

Entiendo que el uso o la divulgación que ya se haya realizado en virtud de mi autorización original no puede recuperarse.

Entiendo que es posible que la información o divulgación realizada con mi autorización la puede divulgar nuevamente el receptor y ya no estará protegida por los estándares de privacidad de HIPAA.

Entiendo que los servicios que proporcione cualquier parte no pueden estar sujetos a la firma de esta autorización y que puedo tener derecho a negarme a firmar esta autorización.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del representante autorizado: _____

Fecha: _____

III. Consentimiento adicional para ciertas afecciones

Este registro médico puede contener información acerca de **abuso físico o sexual, alcoholismo, consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, abortos o tratamientos de salud mental**. Debe firmarse un consentimiento separado antes de poder divulgar esta información.

- Consiento a que se divulgue la información anterior.

- No consiento a que se divulgue la información anterior.

Firma del paciente o del representante autorizado: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

IV. Consentimiento adicional para VIH/SIDA

Este registro médico puede contener información acerca de **pruebas de VIH y/o diagnóstico o tratamiento de SIDA**. Debe firmarse un consentimiento separado antes de poder divulgar esta información.

- Consiento a que se divulgue la información anterior.

- No consiento a que se divulgue la información anterior.

Firma del paciente o del representante autorizado: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____



**HIPAA AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF HEALTH INFORMATION**

Print Name: _____

I. My Authorization

I authorize Champlain Housing Trust, Inc. to use or disclose the following health information:

- All of my health information

- My health information relating to the following treatment or condition:

COVID-19 _____

- My health information covering the period from _____ (date) to _____ (date)

- Other: _____

The above party may disclose this health information to any healthcare, social service or housing provider providing services to me during my stay at the Ho Hum.

The purpose of this authorization is (check all that apply):

- To provide healthcare, social services and/or related services during my stay at the Ho Hum and/or to facilitate my ability to obtain other housing.

- Other: _____

This authorization ends:

- On (date) _____

- When the following event occurs: _____

II. My Rights

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time, except where uses or disclosures have already been made based upon my original permission. I may not be able to revoke this authorization if its purpose was to obtain insurance. In order to revoke this authorization, I must do so in writing and send it to the appropriate disclosing party.

I understand that uses and disclosures already made based upon my original permission cannot be taken back.

I understand that it is possible that information used or disclosed with my permission may be re-disclosed by the recipient and is no longer protected by the HIPAA Privacy Standards.

I understand that services provided by any party may not be made subject to signing this authorization and that I may have the right to refuse to sign this authorization.

Signature of Patient: _____ **Date:** _____

Signature of Authorized Representative: _____

Date: _____

III. Additional Consent for Certain Conditions

This medical record may contain information about **physical or sexual abuse, alcoholism, drug abuse, sexually transmitted diseases, abortion, or mental health treatment**. Separate consent must be given before this information can be released.

- I consent to have the above information released.

- I do not consent to have the above information released.

Signature of Patient or Authorized Representative: _____

Date: _____ **Time:** _____

IV. Additional Consent for HIV/AIDS

This medical record may contain information concerning **HIV testing and/or AIDS diagnosis or treatment**. Separate consent must be given to have this information released.

- I consent to have the above information released.

- I do not consent to have the above information released.

Signature of Patient or Authorized Representative: _____

Date: _____ **Time:** _____