Ho Hum Motel

एकान्तबास, क्वारेन्टाइन तथा स्वास्थ्यलाभका लागि आवासहरू

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

पाहुनाले पूरा गर्नुपर्ने मापदण्ड

Ho Hum मा एकान्तबास वा क्वारेन्टाइनमा बस्न वा निको हुन आउने पाहुनाहरूले निम्न मापदण्डहरू पूरा गर्नुपर्ने छ:

- ✓ COVID-19 को लक्षण देखिएको र सङ्क्रमण भएको शङ्का गरिएको तर अस्पतालको स्याहार आवश्यक नपर्ने; **वा**
- ✓ COVID-19 सङ्क्रमित व्यक्तिसँग सम्पर्कमा आएका र स्वास्थ्यसेवा प्रदायकले COVID-19 पोजिटिभ हुन सक्ने उच्च जोखिममा रहेको व्यक्तिका रूपमा मूल्याङ्कन गरेका छन्; **वा**
- ✓ COVID-19 परीक्षण गर्दा पोजिटिभ रिपोर्ट आएको छ (सङ्क्रमण पुष्टि भएको व्यक्ति) तर निकै कम लक्षणहरू देखिएका छन् वा लक्षण नै देखिएका छैनन्; **र**
- ✓ बिमारीबाट निको हुने क्रममा अन्य व्यक्तिमा सङ्क्रमण सार्ने जोखिम भएको र स्व-एकान्तबासमा बस्नका लागि अर्को कुनै उचित ठाउँ नभएको; **र**
- ✓ अस्पताल स्तरको स्याहार आवश्यक नपर्ने (अस्पतालबाट डिस्चार्ज हुँदै गरेको वा हालको आवासबाट सिधै रिफर गरिएको हुन सक्छ); **र**
- ✓ दैनिक जीवनका गतिविधि गर्न सहायता आवश्यक नपर्ने र आवश्यक परेका खण्डमा भवन खाली गरेर आफैँ बाहिरिन सक्ने।

COVID-19 सङ्क्रमण पुष्टि भएको शङ्का गरिएका वा सङ्क्रमण हुन सक्ने उच्च जोखिममा रहेका व्यक्तिहरूका हकमा निम्न निकायले गरेका रिफरल मात्र स्वीकार गरिने छ:

- DCF आर्थिक सेवा विभाग (ESD), **वा**
- भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभाग, **वा**
- चिकित्सक वा स्वास्थ्य केन्द्र।

रिफरल गर्ने तरिका

1. उक्त व्यक्तिले साइटमा भर्ना हुने मापदण्डहरू पूरा हुन्छ कि हुँदैन भनेर रिफर गर्ने एजेन्सीले प्रारम्भिक रूपमा मूल्याङ्कन गर्ने छ। COVID-19 एकान्तबास, क्वारेन्टाइन तथा स्वास्थ्यलाभ आवासका पाहुनाहरूले माथि उल्लेखित मापदण्डहरू पूरा गर्दछन्।

2. रिफर गर्ने एजेन्सीले फोन मार्फत रिफरल पूरा गर्न आवश्यक सबै कुरा आफूसँग छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्ने छन्:
   a. रिफरलनको लागि ग्राहकको अनुमति
   b. रिफरल सम्बन्धी कुराकानी (कन्फरेन्स कल वा सुरक्षित दूरीमा एउटै कोठामा बस्ने) गर्दा प्रश्नहरूको जवाफ दिन सघाउन ग्राहकसँगको पहुँच।

3. रिफरल प्रक्रिया आरम्भ गर्न कृपया Ho Hum का कार्मचारीलाई यो नम्बरमा कल गर्नुहोस्: 802-233-8922**.** तपाईंलाई Ho Hum को यो रिफरल ईमेलमा निम्न कुराहरू भरेर पठाउन भनिने छ: hohum@champlainhousingtrust.org:
   a. तस्बिर सहितको परिचय पत्रको स्क्यान गरिएको प्रति वा पाहुनासँग तस्बिर सहितको परिचय पत्र नभएको खण्डमा पाहुनाको एउटा तस्बिर, **र**
   b. Ho Hum को रिजर्भेसन फारम (अट्याचमेन्ट A); **र**
   c. हस्ताक्षर गरिएको पाहुना सहमति फारम (अट्याचमेन्ट B), **र**
   d. Champlain Housing Trust (च्याम्प्लेन हाउजिङ ट्रस्ट) को HIPAA फारम (अट्याचमेन्ट C); **र**
   e. यदि उक्त व्यक्तिको बर्लिङ्गटन क्षेत्रमा मुख्य स्वास्थ्यसेवा प्रदायक छैन र Ho Hum मा बसुन्जेल बर्लिङ्गटन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रलाई उक्त भूमिका दिन चाहेमा कृपया बर्लिङ्गटन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रको बिरामी दर्ता फारम पनि पठाउनुहोस् (अट्याचमेन्ट D); **र**
   f. **यदि** उक्त व्यक्तिको परीक्षण गर्दा COVID-19 सङ्क्रमण भएको पुष्टि भएमा पोजिटिभ रिपोर्ट आएको पुष्टि।

4. **रिजर्भेसन भएको पुष्टि प्राप्त नगरेसम्म कृपया साइटमा पाहुना नपठाउनुहोला।** सम्पूर्ण जानकारी / कागजात प्राप्त गरेपछि र उक्त व्यक्ति साइटमा स्वीकार गरिएको निर्धारण गरेपछि Ho Hum का कर्मचारीले रिजर्भेसन पुष्टि गर्ने छन्। यसका साथै पाहुना तथा Ho Hum का कर्मचारी दुवै आगमनका लागि तयार रहेको सुनिश्चित गर्ने छन्। सबै पाहुनाहरू बिहानको 10 बजेपछि र रातको 9 बजेभन्दा पहिले नै आइपुग्नुपर्छ।

5. पाहुनाहरूले आफ्नो स्याहारको व्यवस्था आफैँ नमिलाएको खण्डमा बर्लिङ्गटन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूले उनीहरूका लागि टेलीहेल्थ सेवाको व्यवस्था मिलाउने छन्।

6. पाहुनाको मुख्य स्वास्थ्यसेवा प्रदायक तथा बर्लिङ्गटन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रका कर्मचारीहरूले डिस्चार्ज प्रक्रियामा भाग लिएर कर्मचारीहरूले पाहुनालाई डिस्चार्ज गर्न सक्छन् भन्ने कुराको अन्तिम प्रमाणीकरण गर्नेछन्।

रिफरलको जाँचसूची – उपलब्ध गराउनु पर्ने विवरण

रिफरल प्रक्रियाका क्रममा, कर्मचारीहरूले उचित प्लेसमेन्ट (स्थान) तोक्न सकून् भनेर रिफर गर्ने एजेन्सीलाई सम्भावित पाहुनाको बारेमा निम्न विवरण (उपलब्ध भएमा) प्रदान गर्न अनुरोध गरिने छ।

- ☐ पाहुनाको नाम
- ☐ जन्म मिति
- ☐ के तपाईं Champlain Housing Trust (च्याम्प्लेन हाउजिङ ट्रस्ट) र बर्लिङ्गटन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रसँग पहिले नै जानकारी खुलासा गर्ने सम्झौता गर्नुभएको छ वा अहिले उक्त सम्झौता पूरा गर्न सक्नुहुन्छ? (मौखिक र/वा लिखित)
- ☐ के उहाँ औषधोपचारको सहायता सहित थेरापीमा हुनुहुन्छ? (यसले केही फरक पर्दैन, तर थाहा पाउन जरुरी छ)
- ☐ बसोबासको अवस्था - के कारणले गर्दा उक्त व्यक्तिको स्व-एकान्तबासमा बस्ने ठाउँ छैन? निको भएपछि उहाँ कहाँ फर्कनुहुने छ?
- ☐ परीक्षण गराएको मिति - ठाउँ र पोजिटिभ रिपोर्ट आएको पुष्टि
- ☐ लक्षण देखिन थालेको मिति, थाहा भएमा
- ☐ हाल देखिएका लक्षणहरू
- ☐ आफ्नो हेरचाह आफैं गर्ने क्षमता - उदाहरणका लागि हिँडडुल गर्ने, निजी कपडा धुने, सवारीसाधन चलाउने, औषधि सेवन गर्ने, कुनै दीर्घरोग व्यवस्थापन गर्ने क्षमता।
- ☐ औषधिको व्यवस्था - उहाँ यहाँ आउँदा के उहाँसँग कम्तीमा 14 दिनसम्म पुग्ने औषधि हुने छ? यदि होइन भने, उहाँको औषधि कसले मगाउने छ?
- ☐ के हामीलाई थाहा हुनुपर्ने कुनै सुरक्षा योजना छन्?

Ho Hum ले प्लेसमेन्ट गरेको पुष्टि प्राप्त नगरेसम्म कृपया पाहुनालाई साइटमा नपठाउनुहोला।

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.

अट्याचमेन्ट A

Ho Hum रिजर्भेसन फारम

यो फाराम एजेन्सीले भरेर निम्न इमेल ठेगानामा पठाउनु पर्ने छ: hohum@champlainhousingtrust.org; mohler@champlainhousingtrust.org; र etaylor@champlainhousingtrust.org

रिफर गर्ने एजेन्सी: ____________________

घरमुलीको नाम (HH): ____________________

घरमुली (HH) को जन्म मिति: __________ घरमुली (HH) को फोन नम्बर: __________

घरमा रहेका वयस्क व्यक्तिको सङ्ख्या: __________ बालबालिकाको सङ्ख्या: __________

बालबालिकाको उमेर: __________

सेवाजन्य जनावर? ___ छ ___ छैन

आगमन मिति: __________ प्रस्थान मिति: __________

बसाइ प्रमाणित गर्ने कर्मचारीको नाम:

के घरमा सेवा तथा सहायता प्रदान गर्ने विद्यमान केस म्यानेजर छन्? ___ छन् ___ छैनन्

यदि छन् भने, केस व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिको नाम: ____________________

केस म्यानेजरको फोन नं.: ____________________

केस म्यानेजरको ईमेल: ____________________

के तपाईंले कोठा उपलब्ध रहे नरहेको कुरा पुष्टि गर्न कल गर्नुभयो? यदि गर्नुभएको छैन भने Ho Hum लाई 802-233-8922 मा कल गर्नुहोस्।

Champlain Housing Trust (च्याम्प्लेन हाउजिङ ट्रस्ट) ले भर्नुपर्ने र बसाइ प्रमाणित गर्ने कर्मचारीलाई फिर्ता गर्नुपर्ने।

माथि उल्लिखित पाहुनाका लागि:
आगमन मिति: __________ प्रस्थान मिति: __________

मोटेलबाट प्रस्थान गर्नुको कारण:

___ प्रमाणित बसाइ सकिएकाले

___ पाहुनासम्बन्धी नियम उल्लङ्घन गरेकाले

___ अन्य: ______________________________

Attachment A

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: ______________________________

अट्याचमेन्ट B

Ho Hum पाहुना सम्झौता: तपाईंका अधिकार तथा जिम्मेवारीहरू

फ्रन्ट डेस्कमा सम्पर्क गर्न 0 वा 861-7329 डायल गर्नुहोस्। फोन नउठेको खण्डमा 862-6244 डायल गर्नुहोस्। आपत्कालीन अवस्थाका लागि 9-1-1 डायल गर्नुहोस्

मापदण्ड

Ho Hum मा पाहुना हुनका निम्ति तपाईं अनिवार्य रूपमा:

- COVID-19 सङ्क्रमण भएको शङ्का गरिएको, सङ्क्रमणको उच्च जोखिममा रहेको वा COVID-19 को परीक्षण गराउँदा सङ्क्रमण पुष्टि भएको व्यक्ति हुनुपर्दछ।
- आफ्नो दैनिक जीवनका गतिविधिहरू आफैँले गर्न सक्ने हुनुपर्दछ।
- सेल्फ-क्वारेन्टाइन/एकान्तबासमा बस्नका लागि (स्वस्थ रूपमा निको हुनका लागि र अरूलाई सङ्क्रमण फैलाउन नदिनका लागि) अर्को कुनै उपयुक्त ठाउँ नभएको हुनुपर्ने छ
- तल सूचीबद्ध गरिएका जिम्मेवारीहरू वहन गर्न सक्नुपर्ने छ
- **यहाँ बस्ने विकल्प रोज्नुहुन्छ** (यो स्थानमा एकान्तबास बस्ने कुरा स्वैच्छिक हो) र तपाईंले यहाँ बस्ने विकल्प रोज्नुभएको खण्डमा नियमहरूमा सहमत हुनुपर्ने छ।

तपाईंका अधिकारहरू: तपाईंले हामीबाट अपेक्षा गर्न सक्ने कुराहरू

तपाईं यहाँ आउनुभएकोमा हामी खुसी छौँ र तपाईं हामीबाट निम्न कुराहरू अपेक्षा गर्न सक्नुहुन्छ:

- सहायतामूलक कर्मचारीहरू भवनमा उपलब्ध हुन्छन् र तपाईं तथा अन्य व्यक्तिका आवश्यकता पूरा भएका छन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न टेलिफोन मार्फत उपलब्ध हुने छन् तपाईं आइपुग्दा शयनकक्ष तथा शौचालय सफा हुने छन् साथै त्यसलाई सफा राख्नका लागि सामग्रीहरू उपलब्ध हुने छन्
- आवश्यकता अनुसार कपडा धुने सेवा (अपोइन्टमेन्ट लिनका लागि फ्रन्ट डेस्कमा कल गर्नुहोस्)
- दैनिक रूपमा तपाईंको कोठामा खाना पुर्‍याइने छ।
- तपाईं र अन्य व्यक्तिका लागि वातावरण सुरक्षित छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न भवनमा सुरक्षा
- स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र परीक्षणको पहुँच
- फेस मास्क, पन्जा र कोठा सफा गर्ने सामग्री लगायतका व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण।

तपाईंका जिम्मेवारीहरू: हामीले तपाईंबाट अपेक्षा गर्ने कुराहरू

तपाईं र अन्य व्यक्तिको स्वास्थ्य तथा सुरक्षाका लागि हामी तपाईंलाई निम्न जिम्मेवारीहरू स्वीकार गर्नुहुन अनुरोध गर्दछौं। तपाईंले यी जिम्मेवारी अनुसार काम गर्नुभएन भने तपाईंलाई ठाउँ छाडेर जान बाध्य पार्न सकिने छ:

स्वास्थ्य तथा तन्दुरुस्ती

- तपाईं आफ्नो स्वास्थ्यका लागि जिम्मेवार हुनुहुन्छ। कृपया तपाईंले कस्तो महसुस गरिरहनुभएको छ भन्ने कुरामा ध्यान दिनुहोस् र तपाईंले बिरामी महसुस गर्न थाल्नुभयो भने आफ्नो मेडिकल प्रदायकलाई बताउनुहोस्। हामी तपाईंलाई आवश्यक पर्ने चिकित्सा सेवा प्राप्त गर्न मद्दत गर्ने छौँ।
- कृपया व्यक्तिगत सरसफाइ कायम गर्नुहोस्।
- कृपया आफ्नो कोठा सफा राख्नुहोस् र हरेक दिन सतहहरू निःसङ्क्रमण गर्ने सामग्री प्रयोग गरेर आफैँ सफा गर्नुहोस्।
- अरू व्यक्तिको वरपर हुँदा कृपया सधैँ फेसमास्क र पन्जा लगाउनुहोस्।
- कृपया आफ्नो स्याहार गर्नुहोस्, निको हुन सघाउन्न आराम गर्नुहोस् र सुरक्षित रहनुहोस्।
- कृपया अन्य पाहुना, कर्मचारी तथा स्वयंसेवकहरूप्रति सम्मानजनक व्यवहार गर्नुहोस्।

Ho Hum मा बस्ने बारे

- Ho Hum मा बस्दाखेरि तपाईं जतिबेला पनि भवनभित्र रहनुपर्ने छ। पाहुनाहरूलाई फ्रन्ट डेस्कसँग कुरा गरेर व्यवस्था मिलाएको अवस्थामा बाहेक अन्य बेला कार्यालयभन्दा बाहिर सामानहरू डेलिभरी गर्न लगाउने अनुमति छैन।
- बाहिर रहेका अन्य व्यक्तिहरूसँग छ फिटको दूरी कायम गरेर तपाईं मोटेल परिसरमा रहेको बाहिरी ठाउँमा ताजा हावा लिनका लागि बाहिर निस्कन सक्नुहुन्छ। अन्य व्यक्तिको स्वास्थ्य रक्षा गर्नका लागि कृपया बाहिर रहँदा फेसमास्क लगाउनुहोस्। तपाईं मोटेल परिसरमा बस्नुपर्ने हुन्छ र यसबारे कर्मचारीहरूले निगरानी राख्ने छन्। तपाईंसँग आफ्ना बच्चा पनि छन् भने उनीहरू बाहिर रहेका बेलामा जतिबेला पनि उनीहरूको सुपरीवेक्षण गर्नुपर्ने हुन्छ।
- कोठा बाहिर मादकपदार्थ सेवन गर्न पाइने छैन।
- कोठामा धूम्रपान गर्ने अनुमति छैन। तपाईंले आफ्नो कोठामा धूम्रपान गर्नुभएको खण्डमा तपाईंलाई मोटेल छाडेर जान भनिने छ र तपाईंले $100 जरिवाना तिर्नुपर्ने हुन सक्छ। तपाईं कोठाको ढोका बन्द गरेर र भवनभन्दा दश फिट टाढा रहेर बाहिर धूम्रपान गर्न सक्नुहुन्छ।
- कोठामा स्थानीय फोन सेवा उपलब्ध छ।
- एकल शैयाको कोठामा एउटा मिनी-फ्रिज र माइक्रोवेभ हुन्छ। एफिसियन्सी कोठामा एउटा रेफ्रिजेरेटर र स्टोभ हुन्छ। पाहुनाहरू हट प्लेट र इलेक्ट्रिक फ्राई प्यान जस्ता आफूले ल्याएको खाना पकाउने भाँडा मोटेल परिसरका कुनै पनि कोठामा प्रयोग गर्न पाइने छैन। यसका साथै भुइँ तथा डेक लगायतका परिसरमा कुनै पनि ओपन फ्लेम खाना पकाउने उपकरण प्रयोग गर्न पाइने छैन।
- घरपालुवा जनावर ल्याउने अनुमति छैन। अशक्तता भएका व्यक्तिहरूलाई सहायता गर्ने सेवामूलक जनावरहरू ल्याउने अनुमति छ।
- यौन दुराचारीका रूपमा दर्ता भएका कसुरदारहरूलाई अन्य पाहुनामाथि हुन सक्ने जोखिमका कारण यहाँ बस्ने अनुमति छैन र उनीहरूको नाम रजिस्ट्रीमा रहेको पाइएमा ठाउँ छाडेर जान भनिने छ।
- तपाईंले Ho Hum को आफ्नो बसाइ समाप्त गर्ने निर्णय लिनुभएको खण्डमा हामी प्रान्तभित्र रहेको उचित स्थानसम्मको यातायात व्यवस्था मिलाइदिन सक्नेछौं तर यसका लागि तपाईंको स्व-एकान्तबास तथा क्वारेन्टाइनको अवधि स्वास्थ्यसेवाको सिफारिस अनुसार पूरा भएको हुनुपर्ने छ। **तपाईंले एक पटक Ho Hum छाडेर गएपछि तपाईं फर्केर आउन नपाउन सक्नुहुन्छ।**

आचरण

- तपाईंले अन्य कार्यक्रमबाट निश्चित बन्देजू वा सर्तहरू पालना गर्नुपर्ने छ भने तपाईंले ती कुराहरू यहाँ पालना गर्नुहुन्छ भन्ने अपेक्षा गरिन्छ।
- तपाईंले मोटेल परिसरमा लागूऔषध बेचेको पाइएमा हामी प्रहरीलाई सूचना दिने छौँ र 'नो-ट्रेसपास' आदेश प्राप्त गर्ने छौँ।
- हातहतियार राख्ने तथा मौखिक रूपमा गरिने यौन दुर्व्यवहार लगायतका हिंसात्मक तथा धम्कीपूर्ण व्यवहार गर्ने अनुमति छैन।
- तपाईंले लुगा लगाउनुपर्ने छ र जतिबेला पनि जुत्ता वा चप्पल लगाउनुपर्ने छ।
- तपाईंले पाहुनाले पालना गर्नुपर्ने यी नियमहरू उल्लङ्घन गरेको खण्डमा तपाईंलाई यो ठाउँ छाडेर जान भन्न सकिने छ।

निजी सामग्री

- कृपया आफूले ल्याएका सबै सामग्री जाँदाखेरि लिएर जानुहोला।

तल हस्ताक्षर गरेर म मैले यो सम्झौता पढेको छु र माथि उल्लिखित आफ्ना अधिकार (मैले Ho Hum बाट अपेक्षा गर्न सक्ने कुराहरू) तथा जिम्मेवारीहरू (मबाट अपेक्षा गरिएका र मैले पालना गर्नुपर्ने कुराहरू) बुझेको छु भन्ने कुरामा सहमति जनाउँछु।

पाहुनाको हस्ताक्षर________________________________ मिति____________

पाहुनाको नाम___________________________________ मिति____________

कर्मचारीको हस्ताक्षर_________________________________ मिति____________

Attachment B

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 <u>my rights</u> (what I can expect from the Ho Hum) and <u>my responsibilities</u> (what is expected of me, and that I must follow) that are listed above.

Guest Signature__________________________________ Date_____________

Guest Name_____________________________________ Date_____________

Staff Signature___________________________________ Date_____________

CHAMPLAIN HOUSING TRUST

स्वास्थ्य विवरण

प्रयोग वा खुलासा गर्नका लागि HIPAA मञ्जुरीनामा

ठूला अक्षरमा नाम: ____

I. मेरो मञ्जुरीनामा

म निम्न स्वास्थ्य विवरण प्रयोग गर्न वा खुलासा गर्नका निम्ति Champlain Housing Trust, Inc. लाई अधिकार दिन्छु:

☐ - मेरा सबै स्वास्थ्य विवरण

☐ - मेरो निम्न उपचार वा रोगसँग सम्बन्धित स्वास्थ्य विवरण:

COVID-19 ____

☐ - ___________ (मिति) देखि __________ (मिति) सम्मको मेरो स्वास्थ्य विवरण

☐ - अन्य: ____

माथि उल्लिखित पक्षले यो स्वास्थ्य विवरण म Ho Hum मा रहँदा मलाई सेवा प्रदान गर्ने कुनै पनि स्वास्थ्य सेवा, सामाजिक सेवा वा आवास प्रदायकसँग खुलासा गर्न सक्ने छ।

यो मञ्जुरीनामाको उदेश्य निम्नानुसार छन् (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

☐ - म Ho Hum मा रहँदा स्वास्थ्य सेवा, सामाजिक सेवा र/वा अन्य सम्बन्धित सेवाहरू प्रदान गर्न र/वा मलाई अन्य आवास प्राप्त गर्न सघाउन।

☐ - अन्य: ____

यो मञ्जुरीनामाको म्याद निम्न मितिमा सकिने छ:

☐ -(मिति)__________________ मा

☐ - निम्न घटना घटेमा: ____

II. मेरा अधिकारहरू

मैले पहिले नै दिएको अनुमतिका आधारमा प्रयोग वा खुलासा गरिसकिएको विवरणका हकमा बाहेक अन्य अवस्थामा मसँग यो मञ्जुरीनामा जुनसुकै बेला पनि लिखित रूपमा खारेज गर्ने अधिकार छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। यो मञ्जुरीनामाको उदेश्य बीमा प्राप्त गर्ने भएको अवस्थामा मैले यसलाई खारेज गर्न नपाउन सक्छु। यो मञ्जुरीनामा खारेज गर्नका निम्ति मैले लिखित रूपमा खारेज गर्नुपर्ने हुन्छ र उक्त पत्र खुलासा गर्ने उचित पक्षलाई पठाउनुपर्ने हुन्छ।

मैले पहिले नै दिएको अनुमतिका आधारमा गरिएको जानकारीको प्रयोग र खुलासा फिर्ता लिन सकिँदैन भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

मरो अनुमति अनुसार खुलासा गरिएको जानकारी प्रापकले पुनः खुलासा गर्न सक्छन् त्यसलाई HIPAA का गोपनीयता सम्बन्धी मापदण्डहरूले संरक्षण गर्ने छैन भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

कुनै पनि पक्षले प्रदान गर्ने सेवासँग मैले यो मञ्जुरीनामामा हस्ताक्षर गर्नु नगर्नुको कुनै सम्बन्ध छैन र मसँग यो मञ्जुरीनामा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्ने अधिकार छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

बिरामीको हस्ताक्षर: ______________________________ मिति: ________________

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर: ____________________________________

मिति: _______________

III. निश्चित सर्तहरूका लागि थप सहमति

यो चिकित्सा रेकर्डमा **शारीरिक वा यौन दुर्व्यवहार, मदिरा प्रयोग, लागूऔषध दुरुपयोग, यौनजन्य रोग, गर्भपतन वा मानसिक स्वास्थ्यको उपचार सम्बन्धी** जानकारी समावेश हुन सक्ने छ। यो विवरण खुलासा गर्नु अघि छुट्टै सहमति प्रदान गर्नुपर्ने छ।

☐ - म माथि उल्लिखित विवरण खुलासा गर्ने कुरामा सहमत छु।

☐ - म माथि उल्लिखित विवरण खुलासा गर्ने कुरामा सहमत छैन।

बिरामी वा अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर: ____________________________________

मिति _________________ समय।____________________

IV. एचआईभी/एड्सका लागि थप मञ्जुरी

यो चिकित्सा विवरणमा **एचआईभी परीक्षण र/वा एड्स निदान वा उपचार सम्बन्धी विवरण** समावेश हुन सक्ने छ। यो विवरण खुलासा गर्नका लागि छुट्टै सहमति प्रदान गर्नुपर्ने छ।

☐ - म माथि उल्लिखित विवरण खुलासा गर्ने कुरामा सहमत छु।

☐ - म माथि उल्लिखित विवरण खुलासा गर्ने कुरामा सहमत छैन।

बिरामी वा अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर: ____________________________________

मिति _________________ समय।____________________

Attachment C

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: _____________________