



www.revivalmn.org

RESIDENT ENROLLMENT AGREEMENT

Organization: Revival Spiritual Recovery Center (hereinafter "the Center")

1. NATURE OF THE PROGRAM (FAITH-BASED NON-MEDICAL SERVICE)

I, _____, understand and acknowledge that the Center is a non-medical, faith-based peer support program. I explicitly agree that:

- The Center is NOT a licensed medical facility, hospital, or clinical rehabilitation center.
- No medical, psychiatric, or professional psychological services are provided.
- No medication management or medically supervised detoxification is available.
- I am not a "patient," but a "resident/participant" in a spiritual program.

2. VOLUNTARY ASSUMPTION OF RISK & RELEASE OF LIABILITY

I am aware that recovery from addiction and residency in a communal environment involves inherent risks, including but not limited to physical or mental distress, relapse, or injury. **I HEREBY KNOWINGLY AND VOLUNTARILY ASSUME ALL RISKS.** I, for myself and my heirs, hereby **RELEASE, ACQUIT, AND FOREVER DISCHARGE** the Center, its Director, employees, and volunteers from any and all claims, demands, damages, or causes of action arising out of my participation in the program, including those caused by ordinary negligence.

3. MEDICAL WARRANTY AND EMERGENCY AUTHORIZATION

- I warrant that I am in a stable physical and mental condition to participate in this spiritual program.
- I confirm I do not have medical conditions (e.g., uncontrolled seizures, severe withdrawal) that require clinical supervision.
- **EMERGENCY:** If a medical emergency arises, I authorize the Center to call 911 and/or transport me to a hospital. I agree to be solely responsible for all costs related to medical transport, hospitalization, and treatment.
- Emergency Contact: _____ Relationship: _____
Phone: _____

4. DISCIPLINE, SEARCHES, AND TERMINATION

I agree to follow the "House Rules" and daily schedule. I consent to searches of my person and property by the Director to ensure a drug-free environment. I understand that possession of prohibited substances or aggressive behavior will result in immediate dismissal.



www.revivalmn.org

5. MEDIA AND TESTIMONY RELEASE

I [] CONSENT / [] DO NOT CONSENT to the use of my name, photograph, video, and personal story for the Center's website, social media (YouTube, etc.), and fundraising efforts. I waive any right to royalties or compensation.

6. SEVERABILITY AND GOVERNING LAW

I agree that this agreement shall be governed by the laws of the State of Minnesota. If any part of this agreement is held invalid or unenforceable by a court, the remaining parts shall remain in full force and effect.

Signature

Date



info@revivalmn.org



10414 260th St,
Sturgeon Lake, MN 55783



612 - 968 - 6130



www.revivalmn.org

СОГЛАШЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ РЕЗИДЕНТА

Организация: Revival Spiritual Recovery Center (далее – «Центр»)

1. ХАРАКТЕР ПРОГРАММЫ (ДУХОВНАЯ НЕ-МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ)

Я, _____, понимаю и подтверждаю, что Центр - это немедицинская, религиозная программа духовной поддержки. Я прямо соглашаюсь с тем, что:

- Центр НЕ является лицензированным медицинским учреждением или клиническим реабилитационным центром.
- Центр не предоставляет медицинских, психиатрических или профессиональных психологических услуг.
- В Центре не предусмотрено управление приемом медикаментов или медицинский детокс.
- Я являюсь не «пациентом», а «резидентом/участником» духовной программы.

2. ДОБРОВОЛЬНОЕ ПРИНЯТИЕ РИСКА И ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Я осознаю, что процесс восстановления от зависимости и проживание в общине связаны с рисками (физический или психологический дискомфорт, рецидив, травмы). Я ДОБРОВОЛЬНО ПРИНИМАЮ НА СЕБЯ ВСЕ РИСКИ. Я, от своего имени и имени моих наследников, настоящим ПОЛНОСТЬЮ ОСВОБОЖДАЮ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ Центр, его директора и персонал от любых претензий, требований или исков, возникших в результате моего участия в программе, включая те, что вызваны обычной халатностью.

3. ГАРАНТИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЭКСТРЕННАЯ АВТОРИЗАЦИЯ

- Я гарантирую, что нахожусь в стабильном физическом и ментальном состоянии для участия в программе.
- Я подтверждаю, что у меня нет заболеваний (например, неконтролируемые судороги, тяжелая ломка), требующих врачебного присмотра.
- ЧП: В случае экстренной ситуации я разрешаю вызвать 911 или доставить меня в госпиталь. Я обязуюсь единолично нести все расходы на транспорт и лечение.
- Контакт для связи: _____ Кем приходится: _____
Тел: _____



www.revivalmn.org

4. ДИСЦИПЛИНА, ОСМОТРЫ И ИСКЛЮЧЕНИЕ

Я обязуюсь соблюдать правила Центра и распорядок. Я даю согласие на осмотр моих личных вещей директором для поддержания среды без наркотиков. Я понимаю, что хранение запрещенных веществ или агрессия ведут к немедленному исключению.

5. РАЗРЕШЕНИЕ НА МЕДИА-МАТЕРИАЛЫ

Я [] ДАЮ СОГЛАСИЕ / [] НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ на использование моего имени, фото, видео и истории для сайта Центра и соцсетей (YouTube и др.). Я отказываюсь от любых денежных компенсаций.

6. ДЕЛИМОСТЬ КОНТРАКТА И ЮРИСДИКЦИЯ

Данное соглашение регулируется законами штата Миннесота. Если какая-либо часть документа будет признана судом недействительной, остальные положения остаются в полной силе.

Подпись

Дата



info@revivalmn.org



10414 260th St,
Sturgeon Lake, MN 55783



612 - 968 - 6130