

Kingdom Ministries Trust as:

Kingdom Ministries Mental Health & Psychiatry / Geestesgesondheid & Psigiatry

APPLICATION FOR VOLUNTARY ADMISSION TO A MENTAL HEALTH CARE FACILITY / GROUP HOME /
RELIEVE CARE / CLUB HOUSE FOR PERSONS 19 YRS OR OLDER

Information of applicant / client / patient

Inligting van Aansoeker / kliënt / pasiënt

Van / Surname: _____

Volle naam / Full name: _____

Woonadres / Address: _____

Tel: (H) (____) _____ Cell: _____ Email: _____

Kerk / Church: _____

ID Nommer / ID Number: _____

Geslag / Sex: _____

Hoogste kwalifikasie / Highest qualification: _____

Beroep voor aftrede of ongeskiktheid / Occupation before retirement or disability: _____

MERK AF / PLEASE TICK THE RELEVANT BOX

1. Huwelikstaat / Marital Status

Enkelopend / Single

Getroud / Married

Geskei / Divorced

Weduwee / Wewenaar / Widowed

Indien getroud, het u eggenoot 'n psigiatryse siekte / If married, does your spouse have a mental illness?

Ja / Yes Nee / No

2. Het u kinders / Do you have any children? Ja / Yes Nee / No

2.1. Indien ja, benodig hulle ook akkommodasie / If yes, do they require accommodation with you?

Ja / Yes Nee / No

3. Waar woon u huidiglik / What is your current accommodation situation? (merk een / tick one)

Hospitaal (akute opname) / In hospital (acute admission)

Eie woonstel / huis / Own flat / house

Hospitaal (langtermyn opname) / In hospital (long-term admission)

Nagskuiling / In a night shelter

Woon by ouers / eggenoot / Living with parents / spouse at home

Woon op straat / Homeless

Woon by broer / suster / Living with a sibling (brother or sister)

Losieshuis / In a boarding house

Ander: (spesifiseer): / Other: (specify): _____

4. Het u verblyf nodig / Do you need assistance with accommodation?

Onmiddellik / Immediately So gou as 'n bed beskikbaar is / As soon as a vacancy is available

Binne ses maande / In the next six months Binne die volgende jaar / In the next year

Indien onmiddellik, hoekom / If immediately, why? _____

5. Watter soort akkommodasie verlang u / What type of accommodation do you require?

- Selfstandig in woonstel / huis met supervisie / Independant flat with counselling support
- Selfstandig in woonstel / huis met supervisie en huishoudelike hulp / Independent flat with counselling support and domestic help
- Groepshuis met supervisie / huismoeder / Group home with counselling support
- Groepshuis met supervisie / huismoeder en huishoudelike hulp / Group home with counselling support and domestic help
- Groepshuis met supervisie, huishoudelike hulp, huismoeder en versorgers / Group home with counselling support, domestic help and a full-time housemother
- Hoërsorg eenheid / Frailcare
- Ander: (spesifiseer): / Other: (specify): _____

U is bereid om in 'n enkelkamer / dubbel kamer / slaapsaal te woon / You are willing to be accommodated in a single room / double room / dormitory? _____

6. Watter take kan u selfstandig hanteer / How many of the following are you able to do for yourself?

- | Ja / Yes | Nee / No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Neem van medikasie / Administer own medication |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Geldsake / Administer own money |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Persoonlike higiëne / Take care of personal hygiene |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Voorbereiding van maaltye / Cook food |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Skoonmaak van kamer / Clean room |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Was en stryk van klere / Wash & iron clothes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Algemene huishoudelike take / Tidy the home |

7. Kan u enige van die volgende vervoer selfstandig gebruik / What means of transport can you use?

Publieke Vervoer / Public Transport	Ja / Yes	Nee / No
Bus / Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trein / Train	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privaat Vervoer / Private Transport	Ja / Yes	Nee / No
Fiets / Bicycle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motor (met lisensie) / Car (with licence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wat doen u gedurende die dag / What do you do during the day?

- Slaap / Sleep
- Woon 'n rehabilitasie klub / sentrum by, nl.: / Attend a rehabilitation club / centre, namely: _____
- Besoek vriende / Visit my friends
- Studeer / Studying
- Stokperdjies, naamlik: / Do hobbies, namely: _____
- Beskutte arbeid / Work at sheltered employment
- Help my ouers tuis / Help my parents / family in the home

- Werk deelyds / Work part-time
- Woon hospitaal / arbeidsterapieprogram by / Take part in a hospital / occupational therapy programme
- Werk voltyds / Work full-time
- Ander, naamlik: / Other, namely: _____

9. Inkomste / Income:

- | Ja / Yes | Nee / No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Staatspensioen / Ongeskiktheidstoelaag / State pension / Disability grant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ouers/familie vul inkomste aan / My parents / family supplement my grant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ouers/familie onderhou my / My parents/family supports me financially at present |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Werk en onderhou myself / I am employed and support myself |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Privaat inkomste (bv. Trust, privaat pensioen) / I have a private source of income (eg Trust, private pension) |

LET WEL: BEWYSE TER STAWING VAN HIERDIE INLIGTING MOET U AANSOEK VERGESEL. 'N BRIEF VAN U BANKBESTUURDER, 3 MAANDE BANKSTATE, 'N BEËDIGDE VERKLARING, EN NOTULES VAN VERGADERINGS (IN DIE GEVAL DAT ENIGE BATES DEUR FAMILIE, VRIENDE, 'N INRIGTING OF AANGESTELDE REGSPERSOON(E) ADMINISTREER WORD) OM U INKOMSTE TE BEVESTIG, MOET HIERBY AANGEHEG WORD. BY INKOMSTE WORD BEDOEL ENIGE BATES OF BEDRAG VAN WATTER AARD OOKAL, WAT U OF U GADE OP ENIGE STADIUM TOEVAL, HETSY NIE ROERENDE OF ROERENDE EIENDOM, BELEGGINGS, ERFLATINGS, TRUSTS, SKENKINGS, POLISSE, PENSIOENE, RENTE, TOELAES OF ENIGE IETS DERGELIKS, AL ONTVANG U NIE FISIES DIE INKOMSTE NIE. (SIEN OOK KLOUSULE 14)

PLEASE NOTE: PROOF AND INFORMATION REGARDING FULLY DISCLOSED ASSETS AND INCOME IN ANY FORM OR ANY AMOUNT ACRUED TO YOU OR YOUR SPOUSE, DIRECTLY OR INDIRECTLY NOW OR PERHAPS IN FUTURE, WHETHER IT BE IMMOVABLE OR MOVABLE PROPERTY, INVESTMENTS, BEQUESTS, TRUSTS, GIFTS, POLICIES, PENSIONS, INTEREST, GRANTS OR ALIKE, AND WHETHER YOU RECEIVES IT OR NOT, MUST BE ATTACHED BY MEANS OF A LETTER FROM YOUR BANK, 3 MONTHS BANK STATEMENTS, AFFIDAVIT AND MINUTES OF MEETINGS (IF ADMINISTERED BY FAMILY, FRIENDS, AN INSTITUTION OR LEGAL APPOINTED PERSON(S)). (SEE CLAUSE 14)

Totale inkomste per maand / Total income per month: R _____

10. Hoeveel spandeer u tans op behuising met 3 etes ingesluit / How much do you currently spend on board & lodging including 3 meals per day?

- Geen / Nothing R800,00 – R2 000,00
- R100,00 - R400,00 R2 000,00 – R 3000,00
- R400,00 – R800,00
- R3 000,00 en meer / and more: Bedrag / Amount: R _____
- Totaal van ander uitgawes per maand (vervoer, medikasie, wasgoed, sakgeld ens.)
Total of other monthly expenses (transport, medication, washing, pocket money etc.) R _____

11. Lei u aan enige van die volgende toestande / Do you suffer from the following conditions:

- Epilepsie / Epilepsy Hoë / Lae Bloeddruk / High / Low Blood Pressure
 Allergie / Allergies Harttoestand / Heart condition
 Suikersiekte / Diabetes Asma / Asthma
 Jig/Rumatiek / Rheumatic Fever
 Ander: Spesifiseer: / Other: Specify: _____

Psigiatriese Diagnose / Psychiatric Diagnosis: _____

Wanneer is u vir die eerste keer gediagnoseer / When were you first diagnosed?

Hoeveel keer is u al opgeneem in 'n psigiatriese hospitaal / How many admissions have you had to a psychiatric hospital? _____

Datum en tydperk van laaste opname / Date and length of latest admission:

By watter hospitaal en/of kliniek het u, of ontvang u huidiglik / At what hospital and/or clinic, did or do you receive

Binne-pasiënte behandeling / In-patient treatment: _____

Buite-pasiënte behandeling / Out-patient treatment: _____

Medikasie / Medication: _____

Kontakpersoon/suster by kliniek wat jou ken: / Contact person/sister at clinic acquainted with you:

Naam / Name: _____ Telno: (____) _____ Leêrno /Fileno: _____

Mediese fonds en nommer / Medical aid and number: _____

12. Enige ander inligting wat u onder ons aandag moet bring / Any additional information you need to bring to our attention: _____

(Gebruik aparte folio indien nodig / Use separate page if necessary)

13. Naasbestaendes / Next of kin:

(1) Naam / Name: _____ Verwantskap / Relation: _____

Adres / Address: _____ Tel.no: (____) _____

(2) Naam / Name: _____ Verwantskap / Relation: _____

Adres / Address: _____ Tel.no: (____) _____

(3) Naam / Name: _____ Verwantskap / Relation: _____

Adres / Address: _____ Tel.no: (____) _____

14. Inligting van die *verantwoordelike persoon* vir betaling / Details of *responsible person* for paying.

Nota: Geen onvolledige Aansoek sal oorweeg word nie. Elke Aansoeker moet 'n "verantwoordelike persoon/betaler" hê wat verantwoordelikheid neem vir die betaling van rekeninge en uitgawes. Indien verskillende familie of gesinslede saamspan om die rekeninge te vereffen, moet hulle self onderling 'n verantwoordelike persoon/betaler nomineer. Indien 'n Aansoek deur 'n inrigting, trust of kurator gedoen word namens 'n kliënt, moet die mees verantwoordelike naasbestaande betrokke wees by die Aansoek en die Aansoek saam met die trustee, kurator of beampte onderteken. Indien die beampte, na deeglike ondersoek oortuig is dat daar geen naasbestaande is nie, moet stawende dokumente en 'n beëdigde verklaring tot die effek hierdie Aansoek vergesel.

Note: No Application will be considered if incomplete. Each applicant must have a "responsible person/payer" who will take responsibility for the payment of accounts and expenses. In the case of family members joining together to cover accounts, one person must be nominated and appointed by them as the responsible person/payer. In the case of an Application submitted by any institution, trust or curator the concerned official applying on behalf of the client, should involve the most responsible next of kin in the Application process, and must co-sign as responsible person/payer. If the official, after thorough investigation, is convinced that there are no next of kin of any sort, written adduce proof in support of, and a sworn affidavit to the effect must accompany this Application.

14.1. Van / Surname: _____

Volle naam / Full name: _____

Woonadres / Home Address (Domicilium citandi et executandi): _____

Tel: (H) (____) _____ Cell: _____ Email: _____

Werkadres / Work address: _____

Posadres / Postal address: _____

ID Nommer / ID Number: _____

Verwantskap / Relation: _____

14.2. Inkomste van *verantwoordelike persoon* (In die geval van 'n ouerpaar moet beide gade se gesamentlike inkomste aangedui word / Income of *responsible person* (In the case of parents, indicate total of both)

Ja / Yes

Nee / No

Staatspensioen / Ongeskiktheidstoelaag / State pension / Disability grant

Salaris / Kommissie / Salary / Commission

Ouers/familie onderhou my / My parents/family supports me financially at present

Werk en onderhou myself / I am employed and support myself

Privaat inkomste (bv. Trust, privaat pensioen, rente op beleggings ens.) / I have a private source of income (eg. Trust, private pension, interest on investments etc.)

LET WEL: BEWYSE TER STAWING VAN HIERDIE INLIGTING MOET U AANSOEK VERGESEL. 'N BRIEF VAN U BANKBESTUURDER, 3 MAANDE BANKSTATE, 'N BEËDIGDE VERKLARING, EN NOTULES VAN VERGADERINGS (IN DIE GEVAL DAT ENIGE BATES DEUR FAMILIE, VRIENDE, 'N INRIGTING OF AANGESTELDE REGSPERSOON(E) ADMINISTREER WORD) OM U INKOMSTE TE BEVESTIG, MOET HIERBY AANGEHEG WORD. BY INKOMSTE WORD BEDOEL ENIGE BATES OF BEDRAG VAN WATTER AARD OOKAL, WAT U OF U GADE OP ENIGE STADIUM TOEVAL, HETSY NIE ROERENDE OF ROERENDE EIENDOM, BELEGGINGS, ERFLATINGS, TRUSTS, SKENKINGS, POLISSE, PENSIOENE, RENTE, TOELAES OF ENIGE IETS DERGELIKS, AL ONTVANG U NIE FISIES DIE INKOMSTE NIE. (SIEN OOK KLOUSULE 14)

PLEASE NOTE: PROOF AND INFORMATION REGARDING FULLY DISCLOSED ASSETS AND INCOME IN ANY FORM OR ANY AMOUNT ACRUED TO YOU OR YOUR SPOUSE, DIRECTLY OR INDIRECTLY NOW OR

PERHAPS IN FUTURE, WHETHER IT BE IMMOVABLE OR MOVABLE PROPERTY, INVESTMENTS, BEQUESTS, TRUSTS, GIFTS, POLICIES, PENSIONS, INTEREST, GRANTS OR ALIKE, AND WHETHER YOU RECEIVES IT OR NOT, MUST BE ATTACHED BY MEANS OF A LETTER FROM YOUR BANK, 3 MONTHS BANK STATEMENTS, AFFIDAVIT AND MINUTES OF MEETINGS (IF ADMINISTERED BY FAMILY, FRIENDS, AN INSTITUTION OR LEGAL APPOINTED PERSON(S)). (SEE CLAUSE 14)

Totale inkomste per maand / Total income per month: R _____

14.3. Watter beplanning / voorsiening is in plek in terme van 'n nalatenskap, trust ens. by afsterwe van die verantwoordelike persoon (ouers ens.) om kontinuïteit en sekuriteit vir die *Aansoeker/kliënt/pasiënt* te verseker?
 *Heg asb. alle toepaslike bewyse aan / What financial arrangements have been made by the responsible person (parents etc.) in terms of bequests, trusts etc. after their death to ensure continuity and security for the applicant/client/patient? * Please attach all relevant documentation"

Hiermee verklaar ek / ons
 I / we the undersigned declare _____

in my / ons hoedanigheid as
 in my / our capacity as _____

dat ons / ek:
 that we / I:

- 14.4. Alle inligting rakende die Aansoeker/kliënt/pasiënt (*soos by name op bladsy 1 van hierdie Aansoek genoem en hierna verwys as "die kliënt"*) asook die van die verantwoordelike persoon / betaler se stand van sake, hetsy dit finansiële of maatskaplik is, openbaar gemaak het by wyse van aangehegte dokumente en beëdigde verklarings / Have disclosed all information regarding the applicant/client/patient (*as refered to by name on page 1 of this Application, and hereafter refered to as "the client"*) as well as the responsible person / payer by means of attached documents and sworn affidavits.
- 14.5. Verstaan dat ek/ons steeds verantwoordelik bly vir die kliënt asook enige rekeninge en uitgawes rakende die kliënt / Understand that I/we remain responsible for the client and all accounts and expenses of the client.
- 14.6. Onderneem om toe te sien dat die kliënt minstens 14 aaneenlopende dae oor Desember / Januarie maande die fasiliteit / (te)huis sal verlaat as gevolg van personeel tekorte oor genoemde periode sonder korting op fooie. / Undertakes to ensure that the client vacates the facility / home for 14 consecutive days over December / January months due to staff shortages over this period, without any decrease in fees.
- 14.7. Twee kalendermaande skriftelik kennis gegee moet word indien die kliënt sy/haar losies wil kanselleer. Indien die kliënt die betrokke behuising vroeër verlaat sal die betaler verantwoordelik bly vir die twee maande se huur. By afsterwe van die applikant, sal die huidige maand plus een kalendermaand se huur betaalbaar wees. / Two calendar month written notice must be given to cancel lodging and or services rendered. Should the client vacate his/her room before the two months have lapsed, the payer will remain responsible for the remaining period of the two months. By death of client, the payer will remain responsible for the current month plus one additional month's rent.
- 14.8. Indien die kliënt ernstig siek word of tot sterwe kom, ons onmiddellik betrokke sal raak en ons volle samewerking sal bied ten opsigte van redelike versoeke van KMMH personeel, soos om die begrafnisreëlings te doen en te reël vir die verwydering van die liggaam. / Should the client become seriously ill or pass away, we commit ourselves to any reasonable requests from KMMH staff, including arrangements containing the removal of the body and arranging the funeral.
- 14.9. Die kliënt, indien sy/haar Aansoek suksesvol is, op 6 maande probasie sal gaan. Indien ek/ons versoek word om die kliënt in die probasie tydperk terug te neem sal ek/ons dit binne 24 uur reël. / Should the client's Application be successful, he/she will be on a probation period for 6 months. Should the client be discharged in the probation period I/we will make arrangements to send for the client within 24 hours.
- 14.10. Die Aansoeker en/of verantwoordelike persoon verantwoordelik gehou sal word vir enige skade en die koste om daardie skade te herstel, van enige aard deur die inwoner veroorsaak. / The applicant and/or responsible person or payer will be held responsible for any form of damage caused by the resident.
- 14.11. Die Organisasie skriftelik by hulle Hoofkantoor in kennis sal stel indien enige inligting verskaf op hierdie dokument, en spesifiek die aanhangsels verander, adresse en telefoonnummers asook enige verandering in die finansiële vermoëns (bv. ENIGE BATES OF BEDRAG VAN WATTER AARD OOKAL, WAT DIE KLIËNT OF SY/HAAR GADE OP ENIGE STADIUM TOEVAL, HETSY NIE ROERENDE OF ROERENDE EIENDOM,

BELEGGINGS, ERFLATINGS, TRUSTS, SKENKINGS, POLISSE, PENSIOENE, RENTE, TOELAES OF ENIGE IETS DERGELIKS, AL ONTVANG DIE KLIËNT NIE FISIES DIE INKOMSTE NIE. /

Notify the organisation in writing at their Head Office of any changes or amendments to this document and specifically the attachments to this document, addresses, telephone numbers, and any change in financial abilities (ASSETS AND INCOME IN ANY FORM OR ANY AMOUNT ACRUED TO THE CLIENT OR HIS/HER SPOUSE, DIRECTLY OR INDIRECTLY NOW OR PERHAPS IN FUTURE, WHETHER IT BE MOVABLE OR IMMOVABLE PROPERTY, INVESTMENTS, BEQUESTS, TRUSTS, GIFTS, POLICIES, PENSIONS, INTEREST, GRANTS OR ALIKE, AND WHETHER THE CLIENT RECEIVES IT OR NOT)

- 14.12. Verstaan dat na die inhandiging van 'n volledige Aansoek waar alle relevante inligting met nodige bewyse, beëdigde verklarings en dokumentasie hierby aangeheg is, die kliënt se maandelikse huur en/of losies deur KMMH vasgestel sal word en die kliënt en betaler dien Ooreenkomstig ingelig sal word. / Understand that after submitting a fully completed Application as required, including all relevant statements and affidavits hereby attached, the client's monthly rent and/or board and lodging will be determined by KMMH, and that the client and payer will be informed in writing.
- 14.13. Die kliënt na gelang van beskikbaarheid van beddens/kamers moontlik eers op 'n waglys geplaas mag word. / The client may be put on a waiting list according to availability of beds/rooms.
- 14.14. Alvorens ek/ons die kliënt by KMMH laat opneem, ek/ons kontant, per bankgewaarborgde tjek of per elektroniese oorbetalings, die nie- terugbetaalbare deposito gelykstaande aan die maandelikse losies, plus een maand se losies (wat maandeliks vooruit betaalbaar is) in die rekening van *Kingdom Ministries* sal inbetaal. Genoemde rekeningnommer sal per skrywe aan my voorsien word indien my Aansoek suksesvol is. / Before admission of the client can take place, and after I/we have received a written letter to the effect that the Application was successful, I/we will deposit in cash, per bank guaranteed cheque or electronic transfer, the non-returnable deposit equal to one months rent, together with the first months rent (which will always be payable in advance).
- 14.15. By opname van die kliënt ek/ons die betrokke huisouer/kampusbestuurder sal voorsien van 'n *Opnamebrief* wat aan my uitgereik is. Géén opname van enige kliënt sal sonder 'n *Opnamebrief* plaasvind nie. / I/we undertake to provide the relevant house parent/campus manager with a *Letter of Admission*, as issued to me. Admission will not take place without the said.
- 14.16. Waar Aansoek gedoen moet word vir enige vorm van pensioen (ongeskiktheids- of ouderdomspensioen), subsidie, onderhoud of toelae van enige aard, die kliënt nie toegelaat sal word alvorens daar nie voldoende skriftelike bewyse is dat 'n volledige Aansoek by die betrokke departement/instelling of individu ingedien is nie, tesame met 'n Aansoek om die betaalpunt van die kliënt te wysig na KMMH se betaalpunt. / Should Application for any form of pension (old age or disability pension), subsidy, maintenance or grants of any kind need to be made, KMMH will not admit the client unless written proof to the effect that an Application for the said has been lodged with the appropriate department/body/institution or individual together with the Application to change the paypoint to KMMH.
- 14.17. Die betaler verantwoordelik bly vir die volle rekening al het die pensioen nog nie gerealiseer nie. / The payer will remain responsible for the full account, where an Application for pension, grant etc. is still pending.
- 14.18. Die betaler verantwoordelik bly vir betaling van die kliënt se rekeninge indien die kliënt se pensioen deur die betrokke departement/instansie vir watter rede ookal gestaak of tydelik opgeskort word. / The payer will remain responsible for payment of accounts should the department/institution for whatever reason temporarily suspend or discontinue payment.
- 14.19. By ondertekening van hierdie Aansoek deur alle betrokke partye, daar 'n geldige Ooreenkoms tot stand kom, en dat die bepalings, aanhangsels en inligting hierin vervat die terme van sodanige Ooreenkoms is. / On signature of this Application by all relative parties, a legal Agreement is constituted, and all stipulations, attachments and information attained will become part of this Agreement.
- 14.20. Indien ons/ek nie voldoen aan die bepalings van hierdie Ooreenkoms nie, en spesifiek indien daar later vasgestel sou word dat enige inligting (met spesifieke verwysing na bates en inkomstes soos in hierdie dokument omskryf) verkeerd of vals blyk te wees, of rekeninge uitstaande is, ek/ons Kingdom Ministries Trust die reg gee om die nodige regshulp te bekom. In so geval sal die verantwoordelike persoon(e) aanspreeklik wees vir alle regs-koste op 'n prokureur-en-kliënt-skaal. / Should I/we not comply to the stipulations of this Agreement, and should at a later stage it be discovered that information especially regarding to assets and income submitted with this Application proves to be incorrect or false, or accounts be in arrears, I/we agree to Kingdom Ministries Trust to attain legal advice. I understand that the payer will be held responsible for all legal costs and debt recovery on an attorney-client-scale.
- 14.21. Om op morele gronde (veral in die geval van ouers wat kinders plaas of kinders wat ouers plaas) in my testament/boedel ruim voorsiening te maak vir die lewenslange versorging en uitgawes van die kliënt. Dit kan geskied in die vorm van 'n trust vir die kliënt of 'n bemaking aan Kingdom Ministries Trust. Ek verstaan dat ek met Kingdom Ministries Trust kan onderhandel vir 'n enkelbedrag betaling bo en behalwe die maandelikse losies, wat as waarborg sal dien dat hulle na die kliënt sal omsien tot aan die einde van sy/haar lewe en teen 'n verlaagde huur/losies. / On moral grounds (especially in the case of parents applying for children or children applying for parents) I/we will make ample provision in my will/estate for the life-long care and expenses of the client. This can be done in the form of a trust for the client or a bequest to Kingdom Ministries Trust. I/we

understand that I/we can negotiate a lumpsum single amount payment to Kingdom Ministries Trust to guarantee life-long care to the client including a reduced rent/board and lodging.

- 14.22. Geen wysigings, uitsonderings, afslag, tegemoetkomings van enige aard deur enige personeellid van Kingdom Ministries geldig sal wees, tensy dit deur 'n genomineerde personeellid van Kingdom Ministries Hoofkantoor per ondertekende skrywe waarvan die oorspronklike in my besit is, gedoen is. / No amendment, exceptions, discount or compensation of any kind made or offered by any staff member of Kingdom Ministries will be valid or binding, unless made by a nominated staff member of Kingdom Ministries Head Office as per an official signed letter of which I/we will have the original in my possession.

15. Wyse van Betaling /Method of Payment

- 15.1. *KONTANT/CASH*: Géén KONTANT word by enige tehuis/projek ontvang nie. Kontantbetalings kan slegs by Hoofkantoor in Brackenfell gedoen word: Maandae tot Donderdae vanaf 8h00 tot 13h00. Die verantwoordelikheid berus by die betaler om aan te dring op 'n kwitansie indien 'n betaling van enige aard gemaak word. / No CASH will be accepted at our homes/projects. Cash payments may only be made at Head Office (Brackenfell) on Mondays to Thursdays from 8h00 to 13h00. The responsibility to insist on a receipt when payments in any form are made, remains with the payer.
- 15.2. *BANK DEPOSITO/ BANK DEPOSIT*: Kontant, tjeks, bankoorplasings en elektroniese oorplasings kan direk in die Organisasie se rekening gedeponeer/gedoen word. Die verantwoordelikheid berus by die betaler om die depositostrokke deur te faks na Hoofkantoor. Betaling sal eers geag ontvang wees wanneer die depositostrokke ontvang is. Versoek asb. die Bankteller om duidelik u verwysingsnommer op die Organisasie se bankstaat aan te dui. Geen deposito mag in die rekening van enige personeellid of beampte van Kingdom Ministries gedeponeer word nie. / Cash, cheques, bank and electronic transferes can be made into/to the account of the organisation. The payment will only be deemed as payed once the deposit slip have been received by fax. The responsibility to fax the deposit slip to the organisation remains with the payer. Please request the Bankteller to indicate your reference number on the statement.
- 15.3. *DEBIETORDER/DEBIT ORDER*: 'n Debietorder vorm kan van die Organisasie se Hoofkantoor verkry word. / A debitorder form can be obtained from the organisation's Head Office.
- 15.4. *ELEKTRONIESE OORPLASING / ELECTRONIC TRANSFER (EFT)*: Die verantwoordelikheid berus by die betaler om die betalingsbewys deur te faks na Hoofkantoor. Betaling sal eers geag ontvang te wees wanneer die betalingsbewys ontvang is. U moet ook duidelik u verwysingsnommer op die Organisasie se bankstaat aandui. Geen deposito mag in die rekening van enige personeellid of beampte van Kingdom Ministries gedeponeer word nie. / Cash, cheques, bank and electronic transferes can be made into/to the account of the organisation. The payment will only be deemed as payed once the proof of payment has been received by fax. The responsibility to fax the proof of payment to the organisation remains with the payer. Please indicate your reference number when doing EFT's

16. Spesiale Voorwaarde / Special Conditions: _____

17. Geteken te / Signed at _____ op hierdie dag / on this day _____

van die maand / of the month _____ 20_____.

Aansoeker / kliënt / pasiënt
Applicant / client / patient

Betaler en Verantwoordelike Persoon
as Naasbestaande
Payer and Responsible Person as Relative

Betaler en/of Verantwoordelike Persoon
as Trustee, Kurator, Beampte
Payer and/or Responsible Person as
Trustee, Curator or Official

Kingdom Ministries Mental Health & Psychiatry (KMMH): Afmerk-lys vir Opname / Checklist for Admission (LW: Ook van toepassing op staatspasiënte)

Die volgende items/dokumentasie moet 'n nuwe toelating vergesel. Hierdie lys moet by **opname** aan die huismoeder aan diens oorhandig word en nagegaan word tot tevredeheid van die huismoeder alvorens die opname mag plaasvind.

By Aansoek: (Wat saam met u **Aansoek** ingehandig moet word by Hoofkantoor alvorens u **Aansoek** oorweeg kan word)

1. Volledig ingevulde Aansoekvorm.
- 1.1. Geen oop/oningevulde spasies op Aansoekvorm.
- 1.2. Alle dokumentasie waarna in die Aansoekvorm verwys word, (bewys van Aansoek vir staatspensioen, bankstate, afskrifte van testamente van Aansoeker & ouers van Aansoekers, trustaktes, huweliksertifikate, egskedingsbevelle, beëdigde verklarings ens.) aangeheg.
- 1.3. Volledig ingevulde mediese vraelys hierby aangeheg.
- 1.4. Afskrif van Identiteitsdokument.
- 1.5. Afskrif van 'All Pay' kaart.
- 1.6. Volledig getekende debietorder vir bybetaling wat aan u voorsien word (aangeheg by Aansoekvorm)
- 1.7. Twee ID foto's van inwoner.
- 1.8. Ander: _____

By Opname: (Die huisouer aan diens moet toesien dat die volgende aan haar oorhandig word op dag van **Opname**)

2. Geen opname mag plaasvind indien die volgende nie in plek is nie.
- 2.1. Opname brief uitgereik deur Hoofkantoor. Hierdie brief word slegs deur Hoofkantoor uitgereik wanneer alle dokumentasie, opnamefooi en eerste maand se fooie betaal is.
- 2.2. Medikasie voorskrif of afskrif daarvan.
- 2.3. Minstens een maand se voorraad medikasie.
- 2.4. Eie bed met matras (verkieslik nuut maar definitief in 'n goeie toestand).
- 2.5. Eie toesluitbare klerekas (verkieslik nuut maar definitief in 'n goeie toestand).
- 2.6. Eie bedkassie (verkieslik nuut maar definitief in 'n goeie toestand).
- 2.7. Vyf (5) stelle klere (verkieslik nuut maar definitief in 'n goeie toestand).
- 2.8. Vyf (5) volledige stelle onderklere (definitief nuut).
- 2.9. Vyf (5) pare sokkies (verkieslik nuut maar definitief in 'n goeie toestand).
- 2.10. Minstens twee (2) pare skoene en verkieslik plakkies en pantoffels daarby (verkieslik nuut maar definitief in 'n goeie toestand).
- 2.11. Twee (2) warm truië of baadjies (verkieslik nuut maar definitief in 'n goeie toestand).
- 2.12. Tien (10) hangers
- 2.13. Twee (2) bad handdoeke (nuut).
- 2.14. Twee (2) waslappes (nuut).
- 2.15. Een (1) Duvet 'inner' (nuut).
- 2.16. Twee (2) duvetoortreksels (nuut).
- 2.17. Twee (2) kussings (nuut).
- 2.18. Vier (4) kussingslope (nuut).
- 2.19. Twee (2) paslakens (nuut).
- 2.20. Een (1) warm kombes (nuut).
- 2.21. Een (1) plastiek matras oortreksel (nuut: slegs indien van toepassing).
- 2.22. Toiletware: Tandeborsel, tandepaste, skeermes & lemmetjies, seep shampoo, reukweerder, kam en borsel, weggoibare sneesdoekies, een (1) stoflap ens.
- 2.23. Genoegsame koffie, tee en suikervoorrade. (Opsioneel).
- 2.24. Alle eindom en klerasie moet duidelik en sigbaar gemerk wees.
- 2.25. Ander: _____

Slegs vir Kantoorgebruik: Office use only: Hierdie volledig ingevulde vorm dien as Opnamebrief

Naam van Kliënt: _____

Ek verklaar hiermee dat hierdie Aansoek betreffende my afdeling/departement volledig ontvang is, dat alle interne roetes gevolg is, en alle nodige evaluering en verkryging van inligting rakende my afdeling/departement soos intern vereis, nagekom is.

Naam	Aanbeveel / Nie aanbeveel	Datum
Verpleegsuster: _____	_____	_____
Arbeidsterapeut: _____	_____	_____
Boekhoudster: _____	_____	_____
Maatskaplike werker: _____ (Gebruik aparte folio indien 'n verslag nodig is)	_____	_____

Opmerkings: _____

Datum van ontvangs van Aansoekvorm: _____

Datum van onderhoud en keuring: _____

Tehuis/Groepshuis waar kliënt opgeneem sal word: _____

Hierdie Aansoek kan slegs voltrek word by die ondertekening hiervan deur een van die Trusteedele se handtekening hiernaas:

Hierdie Aansoek word deur my _____ in my hoedanigheid as Trustee van KMT goedgekeur / afgekeur / terug verwys vir die volgende addisionele inligting.

Geteken: _____ **Datum:** _____

Datum waarop "Letter of Confirmation" en Opnamebrief uitgereik en gepos / gefaks is: _____
LW: 'n Afskrif van die "Letter of Confirmation" moet op lêer by HK geplaas word.

Datum van opname: _____

Verklaring deur mees senior persoon by tehuis waar opname plaasvind.

Hiermee verklaar ek, _____ as persoon in beheer by Huis _____ dat alle voorwaardes Ooreenkomstig hierdie opname nagekom word. Ek verklaar dat die kliënt met genoegsame medikasie, klerasie en meubels aangemeld het soos per "Afmmerklys vir Opname" en dat ek bladsy 1,4,9 en 10 van die Aansoekvorm ontvang het.

Handtekening: _____ Datum: _____

Hierdie ondertekende vorm moet onmiddellik na opname aan Hoofkantoor gefaks word.

