 

|  |
| --- |
| **TREFNIADAU DIOGELU RHAG COLLI RHYDDID - FFURFLEN 1b****ADRODDIAD AM AMDDIFADIAD POSIBL O RYDDID GAN AELOD O’R TEULU, CYFAILL NEU GEFNOGWR**  |
| **Cais i’r corff goruchwylio ystyried a oes amddifadiad o ryddid heb awdurdod mewn perthynas â:** |
| **Enw llawn y person sy'n cael ei amddifadu o'i ryddid** | Rhyw |
| Dyddiad Geni(neu amcangyfrif o'i oedran os yw'n anhysbys) |  |
| Cyfeiriad arferol y person sy'n ymddangos i fod yn cael ei amddifadu o'i ryddid |  |
| **Manylion cyswllt yr aelod o’r teulu, cyfaill neu gefnogwr** |
| Enw |  |
| Cyfeiriad  |  |
| Rhif Ffôn |  |
| E-bost |  |
| Enw a chyfeiriad y Corff Goruchwylio y mae’r ffurflen hon yn cael ei hanfon ato.  |  |

Mae’n ymddangos i mi nad oes gan y person hwn y galluedd i gydsynio i’r trefniadau sydd wedi eu gwneud ar gyfer y gofal neu’r driniaeth a’i fod yn destun amddifadiad o ryddid heb awdurdod oherwydd:

(insert

Rhowch y rhesymau, os gwelwch yn dda, a darparwch ddogfennaeth a gwybodaeth ategol lle bo modd

 Rwyf wedi gofyn i’r awdurdod rheoli newid y trefniadau gofal neu wneud cais i’r corff goruchwylio am awdurdodiad safonol.

 Nid wyf wedi gofyn i’r awdurdod rheoli newid y trefniadau gofal na gwneud cais i’r corff goruchwylio am awdurdodiad safonol.

|  |
| --- |
| **LLOFNODWCH A DYDDIWCH Y FFURFLEN HON YN AWR, OS GWELWCH YN DDA** |
| Llofnod |  | Enw mewn llythrennau bras |  |
| Perthynas â’r person perthnasol |  |
| Dyddiad |  | Amser |  |