

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TREFNIADAU DIOGELU RHAG COLLI RHYDDID - FFURFLEN 2**  **CAIS YR AWDURDOD RHEOLI AM AWDURDODIAD SAFONOL PELLACH** | | | | | | | |
| Enw llawn y person sy'n cael ei amddifadu o'i ryddid | | |  | | | Rhyw |  |
| Dyddiad Geni  (neu amcangyfrif o'i oedran os yw'n anhysbys) | | |  | | | | |
| Person cyswllt a manylion y cartref gofal neu’r ysbyty (Awdurdod Rheoli): | | | | | | | | |
| Enw | |  | | | | | |
| Cyfeiriad (gan gynnwys y ward os yw’n briodol) | |  | | | | | |
| Rhif Ffôn | |  | | | | | |
| E-bost | |  | | | | | |
| **Y DYDDIAD Y GOFYNNIR I'R AWDURDODIAD SAFONOL GYCHWYN:**  Mae angen i Awdurdodiad Safonol pellach gychwyn ar y dyddiad  hwn oherwydd bod yr Awdurdodiad Safonol presennol yn dod i ben  ar yr amser hwn. | | | | | | | |
| **NATUR YR ACHOS ARFAETHEDIG O GOLLI RHYDDID A CHADARNHAD FOD POBL Â BUDDIANT WEDI CAEL EU HYSBYSU AM Y CAIS AM AWDURDODIAD SAFONOL PELLACH.** | | | | | | | |
| * Esboniwch pam nad yw neu na fydd yr unigolyn yn rhydd i adael a pham mae o dan oruchwyliaeth barhaus a rheolaeth barhaus * DYLID ATODI CYNLLUN GOFAL PERTHNASOL. Dylai’r cynllun hwnnw ddisgrifio’r cyfyngiadau (a’u hamlder) rydych wedi/yn bwriadu eu rhoi mewn lle, sy’n angenrheidiol i sicrhau bod yr unigolyn yn cael gofal a thriniaeth. (Bydd o gymorth os gallwch ddisgrifio pam nad yw opsiynau llai caeth yn bosib, gan gynnwys risg o niwed i’r unigolyn). Dylai hefyd gynnwys manyliongofal personol, symudedd, meddyginiaeth, cymorth gyda materion ymddygiad, y mathau o ddewisiadau roedd yr unigolyn yn eu gwneud ac unrhyw driniaeth feddygol y mae'n ei derbyn.   **LLOFNODWCH A DYDDIWCH Y FFURFLEN HON YN AWR, OS GWELWCH YN DDA (i’w llofnodi gan yr Awdurdod Rheoli)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Llofnod |  | | | Enw mewn llythrennau bras |  | | |
| Swydd |  | | | | | | |
| Dyddiad |  | | | Amser |  | | |