

|  |
| --- |
| **TREFNIADAU DIOGELU RHAG COLLI RHYDDID - FFURFLEN 5****CANIATÁU AWDURDODIAD SAFONOL** |
| Enw llawn y person sy'n cael ei amddifadu o ryddid |  | Rhyw |
| Dyddiad Geni (*neu amcangyfrif o'i oedran os nad yw'n hysbys*) |  |
| **Person cyswllt a manylion y Corff Goruchwylio:** |
| Enw |  |
| Cyfeiriad (gan gynnwys y ward os yw’n briodol) |  |
| Rhif ffôn |  |
| E-bost |  |
| Cyfeiriad arferol y person sy'n agored i gael ei amddifadu o ryddid (os yw'n wahanol i'r uchod) |  |
| Rhif ffôn |  |
| Enw a Chyfeiriad yr Awdurdod Rheoli y mae'r ffurflen hon yn cael ei hanfon ato |  |
| Manylion y Cydgysylltydd Gofal/Rheolwr Gofal |  |
| Anghenion cyfathrebu ac unrhyw hanes meddyginiaeth perthnasol |  |
| **PENDERFYNIAD Y CORFF GORUCHWYLIO** |
| Mae'r awdurdodiad safonol hwn i ddod i rym ar:Dyddiad: Amser:  |
| Mae'r awdurdodiad safonol hwn i ddod i ben ar ddiwedd y dydd ar:Dyddiad:  |
| Y rhesymau dros y cyfnod hwn yw:*(Rhaid i'r cyfnod a bennir beidio â bod yn fwy na'r cyfnod hwyaf a bennwyd yn yr asesiad budd pennaf)* |
| **YR AWDURDODIAD** **YW**: ei gwneud yn bosibl i roi'r gofal neu’r driniaeth ganlynol yn yr ysbyty neu’r cartref gofal. |
|  |

|  |
| --- |
| **AMODAU Y MAE'R AWDURDODIAD SAFONOL YN DDAROSTYNGEDIG IDDYNT:** |
| **NID YW'R** awdurdodiad safonol hwn yn ddarostyngedig i unrhyw amodau. |  |
| Mae'r awdurdodiad safonol hwn **YN** ddarostyngedig i'r amodau canlynol.  |  |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| **Unrhyw amodau ychwanegol a osodir gan awdurdodwr y Corff Goruchwylio** |
| 5 |  |
| 6 |  |
| *Rhaid i staff y cartref gofal neu'r ysbyty gydymffurfio â'r amodau hyn. (Dylai'r Corff Goruchwylio ymgynghori â’r Aseswr Budd Pennaf os nad yw ei argymhellion yn cael eu dilyn ac yntau wedi dweud yn ei adroddiad asesu yr hoffai iddo ymgynghori ag ef eto pe digwyddai hynny, gan y gallai gael effaith ar rai o'r casgliadau eraill y daeth iddynt yn ei asesiad).* |

|  |
| --- |
| **Mae’r awdurdodiad yn cael ei ganiatáu oherwydd bod y Corff Goruchwylio wedi cael copïau ysgrifenedig o'r holl asesiadau sy'n ofynnol ac wedi dod i'r casgliad bod pob gofyniad wedi cael ei fodloni am y rhesymau canlynol.**  |

|  |
| --- |
| **TYSTIOLAETH O WAITH CRAFFU'R CORFF GORUCHWYLIO** |
| *Dylai'r awdurdodwr ddangos pam y mae’n cyd-fynd â chasgliadau adroddiadau'r aseswyr a dangos ei fod wedi craffu ar y broses yn gyffredinol:* |
| **LLOFNODWCH A DYDDIWCH Y FFURFLEN HON YN AWR, OS GWELWCH YN DDA (i’w llofnodi ar ran y Corff Goruchwylio)**  |
| Llofnod  |  | Enw mewn llythrennau bras |  |
| Swydd  |  |
| Dyddiad |  | Amser |  |
| **PENODI CYNRYCHIOLYDD - y cynrychiolydd i gadw’r copi 1af**  |
| **Manylion y person sydd i gael ei benodi**Mae'r Corff Goruchwylio'n penodi'r person a enwir isod i gynrychioli'r person perthnasol. Trwy wneud hynny mae'n cadarnhau ei fod yn cwrdd â gofynion cymhwystra darpariaethau Trefniadau Diogelu rhag Colli Rhyddid Deddf Galluedd Meddyliol 2005. Pennwyd y person hwn yn gynrychiolydd gan: |
| Y Person Perthnasol |  |
| Yr Aseswr Budd Pennaf |  |
| Dywedodd yr Aseswr Budd Pennaf na allai ddewis person cymwys yn gynrychiolydd. Felly, mae angen i'r Corff Goruchwylio ddewis cynrychiolydd ar gyfer y person hwn. |  |
| Enw llawn Cynrychiolydd y Person Perthnasol |  |
| Cyfeiriad |  |
| Rhif Ffôn |  |
| E-bost |  |
| Perthynas â'r Person Perthnasol |  |
| Mae'r penodiad hwn yn para am yr un cyfnod â'r Awdurdodiad Safonol y mae'n gysylltiedig ag ef. |
| **PENODI CYNRYCHIOLYDD** **2il gopi - i'w ddychwelyd i'r Corff Goruchwylio** |
| **Manylion y person sydd i gael ei benodi**Mae'r Corff Goruchwylio'n penodi'r person a enwir isod i gynrychioli'r person perthnasol, a thrwy wneud hynny mae'n cadarnhau ei fod yn cwrdd â gofynion cymhwystra darpariaethau Trefniadau Diogelu rhag Colli Rhyddid Deddf Galluedd Meddyliol 2005. Nodwyd y person hwn yn gynrychiolydd gan: |
| Y Person Perthnasol |  |
| Yr Aseswr Budd Pennaf |  |
| Dywedodd yr Aseswr Budd Pennaf na allai ddewis person cymwys yn gynrychiolydd. Felly, mae angen i'r Corff Goruchwylio ddewis cynrychiolydd ar gyfer y person hwn.  |  |
| Enw llawn Cynrychiolydd y Person Perthnasol |  |
| Cyfeiriad |  |
| Rhif Ffôn |  |
| E-bost |  |
| Enw llawn y Person Perthnasol |  |
| Perthynas â'r Person Perthnasol |  |
| Mae'r penodiad hwn yn para am yr un cyfnod â'r Awdurdodiad Safonol y mae'n gysylltiedig ag ef. |
| **Cytundeb y cynrychiolydd a benodwyd:**Rwyf yn fodlon cael fy mhenodi’n gynrychiolydd i'r person hwn o dan ddarpariaethau Trefniadau Diogelu rhag Colli Rhyddid Deddf Galluedd Meddyliol 2005 ac rwyf yn ymwybodol o’r swyddogaethau y disgwylir i mi eu cyflawni |
| **Llofnod** |  |
| **Dyddiad** |  |

|  |
| --- |
| **Yn awr dychwelwch y dudalen hon yn unig i'r Corff Goruchwylio a enwir isod.** |
| Enw a chyfeiriad y Corff Goruchwylio  |  |
| Y person i gysylltu ag ef yn y Corff Goruchwylio | Enw |  |
| Rhif Ffôn |  |
| E-bost |  |