|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Manylion y defnyddiwr gwasanaeth (os yn berthnasol):** | | | | | | |
| Enw: | | | Teitl: | Dyddiad geni: | |  |
| Enw a ffafrir: |  | | | Dyddiad yr atgyfeiriad: | |  |
| Cyfeiriad: | | |  | Rhif GIG (os yn hysbys): | |  |
| Rhif M (os yn hysbys): | |  |
| Cyfeiriad e-bost: | | |  | Rhif ffôn: | |  |
| Dewis Iaith: | | Ethnigrwydd: | | | Rhyw: | |
| Gwybodaeth bwysig o ran diwylliant: | | Statws cyflogaeth: | | |  | |
| **Manylion atgyfeiriwr (os ydych yn hunanatgyfeirio, gadewch yr adran hon yn wag):** | | | | | | |
| Enw: | | | | Dyddiad yr atgyfeiriad: | | |
| Cyfeiriad: | | | | Proffesiwn: | | |
| Rhif ffôn:  Cyfeiriad e-bost: | | |
| Eich perthynas â’r person sydd eisiau asesiad: | | | | | | |
| Ydych chi wedi trafod yr atgyfeiriad gyda’r unigolyn? Ydw □ Nac Ydw □  Ni dderbynnir atgyfeiriad heb gydsyniad ar sail gwybodaeth. A fyddech cystal â hysbysu’r cleient bod y Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig yn dîm aml-asiantaeth felly gall staff awdurdod lleol ac iechyd gael mynediad i’r wybodaeth. | | | | | | |
| **Manylion Meddyg Teulu (os nad yw’n atgyfeiriwr):** | | | | | | |
| Enw: |  | | Rhif ffôn: | | |  |
| Cyfeiriad: |  | | Cyfeiriad e-bost: | | |  |
| **Gweithwyr proffesiynol eraill sy’n ymwneud â’r unigolyn:** | | | | | | |
|  | Enw | | Gwasanaeth | | | Manylion cyswllt |
| 1. |  | |  | | |  |
| 2. |  | |  | | |  |
| **Diagnosis cyfredol:** | | | | | | |
| Anhwylder Sbectrwm Awtistiaeth ☐ Syndrom Asperger ☐  Arall:  **Mae’n rhaid** i bob defnyddiwr gwasanaeth sy’n gwneud cais am gymorth dderbyn diagnosis o awtistiaeth a darparu tystiolaeth o hynny. | | | | | | |
| **Blwyddyn/oed derbyn diagnosis:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Pa gymorth hoffech chi gan y Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig?** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Pam eich bod chi’n gwneud yr atgyfeiriad hwn rŵan? Byddwch mor fanwl â phosibl ynglŷn â’r hyn rydych chi’n gofyn amdano.** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Rhowch sylw ar unrhyw fater perthnasol arall sy’n ymwneud â risg e.e. diogelu oedolion/plant, system cyfiawnder troseddol, dibyniaeth ar alcohol/cyffuriau, meddwl am hunanladdiad, hunan-niwed ac ati.** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Gwybodaeth ychwanegol, gan gynnwys anghenion penodol wrth gael mynediad i’r gwasanaeth:** | | | | | | |
|  | | | | | | |

Bydd yr atgyfeiriad hwn yn cael ei drafod yn ein cyfarfod brysbennu wythnosol a byddwch yn cael eich hysbysu drwy lythyr am y canlyniad.

**Caniatâd**

Drwy gydsynio â’r atgyfeiriad hwn rwy’n deall fy mod yn cytuno i dderbyn asesiad gan y gwasanaeth a’r sefydliadau sy’n gweithio gyda’r gwasanaeth.

Rwy’n deall y bydd yr wybodaeth a nodir yn cael ei defnyddio i helpu gweithwyr proffesiynol ddeall pa gymorth sydd ei angen arnaf ac y bydd yr wybodaeth yn cael ei rhannu gydag asiantaethau eraill fel rhan o’r broses.

Os nad wyf yn caniatáu rhannu’r wybodaeth gydag asiantaethau eraill, deallaf y gall hyn effeithio ar y gwasanaeth a ddarperir neu efallai na fyddaf yn derbyn unrhyw wasanaeth.

Deallaf y bydd yr wybodaeth a nodir yn cael ei chadw yn unol â Phrotocol Rhannu Gwybodaeth y Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig a’i defnyddio at ddibenion darparu’r cymorth a ofynnwyd amdano. Hefyd, deallaf y caiff data dienw ei rannu gyda phartneriaid allanol at ddibenion monitro a gwerthuso.

(Peidiwch â llofnodi’r ffurflen os nad ydych yn caniatáu i ni rannu’r wybodaeth hon. Os ydych yn dymuno i ni rannu’r wybodaeth gydag asiantaethau penodol yn unig neu beidio â rhannu gwybodaeth gydag asiantaethau, nodwch isod).

**Rwy’n deall y broses ac yn fodlon i’r wybodaeth hon gael ei rhannu**

**Rwy’n deall y broses ac yn fodlon i’r wybodaeth hon gael ei rhannu gyda’r asiantaethau canlynol yn unig**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Caniatáu** | **Dim yn caniatáu** |
| Ffynonellau Gwybodaeth |  | **X** |
| Meddyg Teulu |  |  |
| Gwasanaethau Iechyd Meddwl |  |  |
| Gwasanaethau Anabledd Dysgu |  |  |
| Gwasanaethau Cymdeithasol |  |  |
| Cyflogwr |  |  |
| Teulu |  |  |
| CAMHS |  |  |
| **Canolfan Dyscovery (a all gynnal yr Asesiad Awtistiaeth ar ein rhan)** |  |  |
| Arall e.e. Sefydliadau sector preifat neu drydydd parti perthnasol |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Enw** |  |
| **Llofnod** |  |
| **Dyddiad** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Mae gan yr unigolyn ddiffyg gallu i wneud y penderfyniad i gydsynio felly mae angen gwneud penderfyniad lles pennaf o ran rhannu’r wybodaeth  Llofnod y Penderfynwr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dyddiad  \_\_\_\_\_ |

Anfonwch yr atgyfeiriad hwn at:

**Gweinyddwr Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig**

**Y Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig**

**Gweinyddu Llawr 2**

**Parc Iechyd Keir Hardie Prifysgol**

**Ffordd Aberdâr**

**Merthyr Tudful**

**CF48 1BZ**

**Neu drwy e-bost i:** [**CTT\_IAS@wales.nhs.uk**](mailto:CTT_IAS@wales.nhs.uk)

**Ffôn: 01443 715044**