|  |
| --- |
| **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**

**Ffôn: 01443 715044**