

**Ffurflen Gyfeirio Tîm o Amgylch y Denantiaeth**

**Anfonwch cyfeiriadau at:** **tatt@tgpcymru.org.uk**

**Caniatâd gwybodus – Nodwch na fydd y cyfeiriad hwn yn gael ei dderbyn os nad ydy’r**

**person ifanc wedi rhoi caniatâd i’w gwblhau.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ydy’r person ifanc wedi cytuno i’r cyfeiriad hwn?****(Ticiwch fel sydd yn briodol)** **Lle bo modd, dylai’r ffurflen hon gael ei lofnodi** **gan y person ifanc. Os nad yw’r person ifanc wedi** **llofnodi’r ffurflen hon, rhaid i’r cyfeiriwr nodi bod** **caniatâd llafar wedi ei dderbyn i gwblhau y** **cyfeiriad.****Caniatâd llafar:** | **Do** **[ ]  Naddo** **[ ]** **Llofnod Person Ifanc**  **………………………………………………………………..****Enw:**      **Dyddiad:**      **Do [ ]  Naddo [ ]**  |

|  |
| --- |
| **Enw:**  |
| **Dyddiad Geni:** |
| **Rhywedd:** |
| Cyfeiriad Llawn:       |
| **Rhif Cyswllt:**  |
| **Cyfeiriad ebost:** |
| Beth yw’r ffordd orau o gysylltu efo’r person ifanc?       |
| Ethnigrwydd:       |
| Dewis iaith:       |
| Crefydd:       |
| **Manylion unrhyw anableddau a wyddir amdanynt sydd gan y person ifanc:** |

 **Manylion y person ifanc:**

**Teulu / Pobl sydd yn byw yn y tŷ / Pobl arwyddocaol eraill (e.e. ffrindiau, cymdogion, teulu estynedig):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENW | PERTHYNAS EFO’R PERSON IFANC | CYFEIRIAD | MANYLION CYSWLLT |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**Asiantaethau sy’n ymwneud â’r person ifanc: Rhowch fanylion yr holl asiantaethau a gweithwyr proffesiynol sy’n ymwneud â’r person ifanc hwn, gan gynnwys cyswllt blaenorol**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ENW | ENW A CHYFEIRIAD YR ASIANTAETH | MANYLION CYSWLLT (EBOST A RHIF FFÔN) | CYSWLLT PRESENNOL / GORFFENNOL |
|       |       |       | Presennol [ ]  Gorffennol [ ]  |
|       |       |       | Presennol [ ]  Gorffennol [ ]  |
|       |       |       | Presennol [ ]  Gorffennol [ ]  |
|       |       |       | Presennol [ ]  Gorffennol [ ]  |
|       |       |       | Presennol [ ]  Gorffennol [ ]  |
|       |       |       | Presennol [ ]  Gorffennol [ ]  |

|  |
| --- |
| **Beth yw’r prif reswm am gyfeirio? (Ticiwch UN blwch yn unig)** Tai [ ]  Incwm [ ]  Iechyd Meddwl [ ]  Ynysu / Unigrwydd [ ]  Defnydd Sylweddau [ ] Ffoi rhag camdrin domestig / camfanteisio [ ]  Arall [ ]  **Nodwch yn glir y rhesymau dros y cyfeiriad a’r canlyniadau yr hoffir y person ifanc ei weld drwy weithio gyda TGP Cymru Tîm o Amgylch y Denantiaeth. Cynhwysywch fanylion am unrhyw ddarparieth sydd mewn lle ar hyn o bryd.**      |

|  |
| --- |
| **A oes unrhyw materion gweithio unigol? (Ticiwch fel sydd yn briodol)****Oes** **[ ]  Nac oes [ ]** **Os oes materion gweithio unigol, rhowch eglurhad ar lafar i staff TGP Cymru pan fyddant yn cysylltu â chi i dderbyn eich cyfeiriad. Os oes asesiad risg wedi ei gwblhau yn barod ac mae gennych ganiatad i’w rannu a allwch atodi hwn i’r cyfeiriad os gwelwch yn dda.** |
| **Cyfeiriwyd gan:** | **Cyfeiriad ebost:** | **Rhif ffôn:** |
| **Enw’r asiantaeth a’u cyfeiriad:** |

**Unrhyw wybodaeth arall y fyddai o gymorth i’r tîm gael gwybod cyn cyfarfod**

**efo’r person ifanc:**

**Dyddiad derbyn cyfeiriad:**       **Gan:**

**Ymarferydd Tîm o Amgylch y Denantiaeth:**

**Dynodwr unigryw:**