

**Ffurflen Gyfeirio Tîm o Amgylch y Denantiaeth**

**Anfonwch cyfeiriadau at:** [**tatt@tgpcymru.org.uk**](mailto: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:**