

**FFURFLEN TYNNU CAIS YN ÔL I'R TRIBIWNLYS**

Cwblhewch y ffurflen hon mor gynhwysfawr ag y gallwch.  
Os ydych angen cymorth gofynnwch os gwelwch yn dda i staff y ward, eich eiriolwr, gweithiwr cymdeithasol, nyrs seiciatrig gymunedol neu gynrychiolydd cyfreithiol.

<b>1. MANYLION YR YMGEISYDD</b>					
Teitl:	Mr / Mrs / Ms / Miss (dileer fel y bo'n briodol)				Arall:
Enw Llawn:					
Dyddiad Geni:		Adran:		Dyddiad Cychwyn yr Adran:	
Dyddiad y Tribiwnlys:					
Ysbyty /Cyfeiriad presennol					
Enw'r Ward :		Enw'r Clinigydd Cyfrifol:			
<b>2. MANYLION Y CYNRYCHIOLYDD CYFREITHIOL</b>					
Enw a chyfeiriad y cynrychiolydd cyfreithiol: (os yn briodol)					
<b>3. CAIS I DYNNU'N ÔL (I'w gwblhau gan y claf)</b>					
Dymunaf dynnu'n ôl fy nghais i'r Tribiwnlys.					
Rhesymau:					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....T.D					

**3. (parhad)**

Cadarnhaf:

- a. Rwyf yn gofyn i dynnu'n ôl fy nghais o fy ewyllys rydd fy hun, gan gydnabod, drwy dynnu fy nghais yn ôl, fy mod yn parhau i fod yn ddarostyngedig i'r Adran/Gorchymyn yr apeliais yn ei erbyn
- b. Rwyf yn ymwybodol o fy hawliau i dderbyn cynrychiolaeth gyfreithiol am ddim, ac
- c. Rwyf wedi derbyn cyngor gan fy nghynrychiolydd cyfreithiol sydd yn y manylion uchod sy'n berthnasol i'r cais hwn, neu
- d. Nid wyf eisiau cael fy nghynrychioli yn gyfreithiol ond rwyf yn ymwybodol o fy hawliau o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl i wneud cais arall i'r Tribiwnlys o fewn y terfynau amser statudol.

Llofnod:

Enw:

Dyddiad:

**4. I'W GWBLHAU GAN Y CYNRYCHIOLYDD CYFREITHIOL**

Cadarnhaf fy mod wedi cynghori fy nghlient o'i hawliau o dan y Ddeddf Iechyd Meddwl 1983 (fel y'i diwygiwyd) ac rwyf yn fodlon:

- (a) fod ganddo ef/hi y gallu i wneud y cais hwn gan wneud hynny heb unrhyw orfodaeth neu ddylanwad gorfodol gyda dealltwriaeth o'i hawliau cyfreithiol, neu
- (b) nad oes ganddo ef/hi y gallu i ddarparu cyfarwyddiadau ar fy nghyfer, rwyf wedi cael fy mhenodi gan y Tribiwnlys o dan Reol 13 (5)(b)(ii) o Reolau TAIMC 2008 i weithredu'r hyn sydd er lles iddo/iddi, ac rwy'n fodlon mai'r hyn sydd orau er lles iddo/iddi yw tynnu'r cais yn ôl.

Unrhyw wybodaeth berthnasol arall:

Llofnod:

Enw:

Dyddiad:

**5. Anfon y cais i dynnu'n ôl**

Unwaith y cwblheir y ffurflen wedi'i harwyddo, yna anfonwch os gwelwch yn dda at :

Tribiwnlys Adolygu Iechyd Meddwl Cymru  
2ail Lawr  
Adeilad Y Goron  
Parc Cathays  
Caerdydd, CF10 3NQ Neu:

e-bost: [mhrt@wales.gsi.gov.uk](mailto:mhrt@wales.gsi.gov.uk)

Rhif Cyswllt : 03000255328