

Tŷ Penallta,
Parc Tredomen,
Ystrad Mynach,
Hengoed CF82 7PG

Penallta House,
Tredomen Park,
Ystrad Mynach,
Hengoed CF82 7PG



Rhif Cyfrif:

www.caerffili.gov.uk | www.caerphilly.gov.uk

Dyddiad cyhoeddi:

Eithriad/Gostyngiad Treth Gyngor: Nam Meddyliol Difrifol

Gallai unrhyw un sydd ag ardystiad meddygol am Nam Meddyliol Difrifol fod yn gymwys i gael ei eithrio neu gael gostyngiad ar ei Dreth Gyngor. Byddai ardystiad o'r fath yn golygu bod gan y person gyflwr difrifol sy'n effeithio ar ei weithrediad deallusol neu gymdeithasol, yr ymddengys ei fod yn nam parhaol.

Er mwyn bod yn gymwys, rhaid i'r person gael diagnosis o nam meddyliol difrifol gan feddyg, a rhaid iddo hefyd fod yn gymwys i gael un o'r budd-daliadau sydd wedi'u rhestru ar y ffurflen hon.

Mae cyflyrau a all arwain at nam meddyliol difrifol, nam gwybyddol difrifol neu salwch meddwl yn cynnwys clefyd Alzheimer a mathau eraill o ddementia, clefyd Parkinson, anawsterau dysgu difrifol neu strôc, ond gall sawl un arall fod yn berthnasol hefyd. Nid yw'r cyflyrau hyn yn eu hunain yn golygu y bydd person yn cael diagnosis o nam meddyliol difrifol gan feddyg.

Eithriad/Gostyngiad Treth Gyngor:

- Os ydych wedi cael diagnosis o nam meddyliol difrifol gan feddyg, ac yn byw ar eich pen eich hun neu dim ond gyda phobl eraill sydd â nam meddyliol difrifol, byddwch yn cael eich eithrio rhag talu'r Dreth Gyngor.
- Os ydych wedi cael diagnosis o nam meddyliol difrifol gan feddyg, ac yn byw gydag un oedolyn sy'n gymwys i dalu treth gyngor, bydd eich aelwyd yn cael gostyngiad o 25%.
- Os ydych wedi cael diagnosis o nam meddyliol difrifol gan feddyg, ac yn byw gyda 2 neu ragor o oedolion sy'n gymwys i dalu treth gyngor, ni fydd unrhyw ostyngiad.

Ffurflen gais am Eithriad/Gostyngiad

RHAN A: Gwybodaeth personol

Enw llawn y person sy'n gwneud cais i gael ei ddiystyru:

Rhif Yswiriant Gwladol:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dyddiad Geni:

D	D	M	M	B	B	B	B
---	---	---	---	---	---	---	---

Cyfeiriad:

Cod post:	Rhif ffôn:
-----------	------------

Cyfanswm nifer yr oedolion (**preswylwyr dros 18 oed**) sy'n byw yn y cyfeiriad hwn:

RHAN B: Datgan hawl i fudd-dal

Caiff person ei eithrio neu ei ddiystyru ar sail nam meddyliol difrifol dim ond os oes ganddo hawl i un o'r budd-daliadau a ganlyn.

Os ydych yn derbyn un o'r budd-daliadau isod, neu os oes gennych hawl i un ohonynt, rhowch dystiolaeth, megis copi o'r llythyr dyfarnu neu ddogfen dalu.

Ticiwch y blwch/blychau priodol:	Pryd oedd y budd-daliad(au) yn perthnasol?								
☐ Budd-dal Analluogrwydd	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Lwfans Gweini	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Lwfans Anabledd Difrifol	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Lwfans Byw i'r Anabl (cydran gofal cyfradd uwch neu ganol)	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Cynnydd mewn pensiwn anabledd (gan fod angen gweini cyson)	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Lwfans Gweithio i'r Anabl	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Cymhorthdal Incwm (sy'n cynnwys premiwm anabledd)	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Atodiad neu Lwfans i'r Anghyflogadwy	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Lwfans Gweini Cyson	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Taliad Annibyniaeth Bersonol (cyfradd safonol neu uwch)	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Taliad Annibyniaeth y Lluoedd Arfog	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		
☐ Credyd Cynhwysol (mewn amgylchiadau pan fo cyfyngiad ar allu person i weithio a/neu i wneud gweithgaredd yn gysylltiedig â gwaith)	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td></tr></table>	D	D	M	M	B	B	B	B
D	D	M	M	B	B	B	B		

RHAN C: Datganiad Meddyg neu Ymarferydd Meddygol (i'w llenwi gan y Meddyg/Ymarferydd Meddygol)

Enw'r meddyg/ymarferydd meddygol:

Manylion cyswllt y feddygfa/ysbyty

Cyfeiriad:

Cod post:	Rhif ffôn:
-----------	------------

Ystyrir bod gan berson nam meddyliol difrifol os oes ganddo nam difrifol ar weithrediad deallusol neu gymdeithasol (sut bynnag y cafodd ei achosi) sy'n ymddangos yn un parhaol. *Deddf Cyllid Llywodraeth Leol 1992 (Atodlen 1, Paragraff 2).*

Gallaf gadarnhau bod gan y person a enwir yn **RHAN A** nam meddyliol difrifol fel y'i diffinnir uchod. (**Ticiwch y blwch**)

Oes	Na
☐	☐

Gall eithriad/gostyngiad Treth Gyngor gael ei ôl-ddyddio i ddyddiad y diagnosis. At ddibenion y ffurflen hon, nodwch y dyddiad cynharaf lle bydech yn ystyried bod gan y claf nam meddyliol difrifol.

Dyddiad y Diagnosis:

D	D	M	M	B	B	B	B
---	---	---	---	---	---	---	---

Llofnod y Meddyg:

Dyddiad:

D	D	M	M	B	B	B	B
---	---	---	---	---	---	---	---

Stamp Swyddogol:

Sylwer: Ni ddylai meddygon teulu godi tâl am y diagnosis a/neu am lenwi'r ffurflen hon.

Cymdeithas Feddygol Prydain, Rheoliadau Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Contractau Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol) 2004 (Rheoliad 21(1) ac Atodlen 4).

RHAN D: Datganiad yr Ymgeisydd

Rwy'n derbyn cyfrifoldeb am yr wybodaeth sydd ar y ffurflen hon, ac rwy'n datgan ei bod yn wir ac yn gywir hyd eithaf fy ngwybodaeth a'm cred. Rwy'n awdurdodi'r cyngor i wneud unrhyw ymholiadau sydd eu hangen yn eu barn nhw i wirio manylion yr hawliad hwn.

Llofnod yr Ymgeisydd:

Dyddiad:

D	D	M	M	B	B	B	B
---	---	---	---	---	---	---	---

Os ydych yn llenwi'r ffurflen ar ran yr ymgeisydd, beth yw ei berthynas â chi?

Enw'r person sy'n gweithredu ar ran yr ymgeisydd:

Cyfeiriad y person sy'n gweithredu ar ran yr ymgeisydd:

Cod post: E-bost:	Rhif ffôn:
---------------------------------	-------------------

Llofnod y person sy'n gweithredu ar ran yr ymgeisydd:

Dyddiad:

D	D	M	M	B	B	B	B
---	---	---	---	---	---	---	---

Bydd eich cais yn cael ei brosesu yn unol â'r Rheoliad Cyffredinol ar Ddiogelu Data (GDPR) 2018. I gael rhagor o wybodaeth am GDPR, ewch i wefan eich cyngor lleol i weld yr hysbysiad preifatrwydd. Dylech hefyd roi gwybod i'r cyngor am unrhyw newid yn eich amgylchiadau.

Pan fyddwch wedi llenwi'r ffurflen hon a'i bod wedi'i llofnodi gan ymarferydd meddygol, anfonwch hi at:
Adran Treth Gyngor,
Cyngor Bwrdeistref Sirol Caerffili,
Tŷ Penallta,
Parc Tredomen,
Ystrad Mynach,
Hengoed CF82 7PG.

Sicrhewch eich bod hefyd wedi amgáu tystiolaeth o ddyddiad talu'r budd-dal perthnasol cyntaf. Os bydd gennych ymholiadau pan fyddwch yn llenwi'r ffurflen, ffoniwch: 01443 863002

RHAN E: Rhagor o wybodaeth

Nodwch unrhyw wybodaeth bellach i gefnogi eich cais.