

Treth y Cyngor- Gostyngiadau ac Eithriadau: Salwch Meddwl Difrifol

Mae'n bosibl bod unrhyw un sy'n dioddef o salwch meddwl difrifol yn gymwys i gael gostyngiad i Dreth y Cyngor neu gael eu heithrio'n llwyr. Mae hyn yn golygu person sy'n dioddef o salwch difrifol sy'n effeithio ar ei allu deallusol a chymdeithasol. Bydd y salwch yma'n ymddangos i fod yn barhaol.

I fod yn gymwys, rhaid i'r person fod wedi derbyn diagnosis gan ddoctor a bod ag hawl i un o'r buddion sydd wedi'u nodi ar y ffurflen yma.

Mae cyflyrau sy'n arwain at salwch meddyliol difrifol, nam gwybyddol difrifol neu salwch meddyliol yn cynnwys Alzheimer's a mathau eraill o ddementia, Parkinson's, anawsterau dysgu difrifol neu strôc a llawer mwy. Fydd dioddef o un o'r cyflyrau yma ddim yn gwarantu y bydd y person yn cael diagnosis o salwch meddyliol difrifol gan ddoctor.

Treth y Cyngor- Gostyngiadau ac Eithriadau:

- Os ydych chi wedi cael diagnosis o salwch meddyliol difrifol gan ddoctor ac rydych chi'n byw ar eich pen eich hunain neu gyda phobl eraill sydd â salwch meddyliol difrifol, byddwch chi'n cael eich eithrio rhag talu Treth y Cyngor.
- Os ydych chi wedi cael diagnosis o salwch meddyliol difrifol gan ddoctor ac rydych chi'n byw gydag un oedolyn sy'n gymwys i dalu Treth y Cyngor, bydd eich aelwyd yn derbyn gostyngiad o 25%.
- Os ydych chi wedi cael diagnosis o salwch meddyliol difrifol gan ddoctor ac rydych chi'n byw gydag o leiaf 2 oedolyn sy'n gymwys i dalu Treth y Cyngor, fydd dim gostyngiad.

Cais am Eithriad/Gostyngiad

RHAN A: Gwybodaeth bersonol

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

Rhif Yswiriant Gwladol:

Dyddiad Geni:

Cyfeiriad:

Cod post: Rhif ffôn:

Nifer yr oedolion (preswylwyr sy'n hŷn nag 18 oed) sy'n byw yn y cyfeiriad:

1

RHAN B: Datganiad o hawl i fudd-dâl

Caiff person dim ond ei eithrio neu ostyngiad ar sail salwch meddyliol difrifol os yw'n gymwys i un o'r budd-daliadau canlynol.

Os ydych chi'n derbyn unrhyw fudd-daliadau isod neu'n gymwys i dderbyn un, darparwch dystiolaeth, megis copi o'r llythyr dyfarniad neu ddogfen dalu.

Ticiwch y blwch/blychau perthnasol:

Pryd daethoch chi'n gymwys i dderbyn y budd-daliadau canlynol?

<input type="checkbox"/>	Budd-dal Analluogrwydd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lwfans Gweini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lwfans Anabledd Difrifol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lwfans Byw i'r Anabl (Cyfradd uwch neu ganol o'r elfen gofal o Lwfans Byw i'r Anabl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cynnydd yn y pensiwn anabledd (gan fod angen presenoldeb cyson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lwfans Gweithio i'r Anabl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cymhorthdal Incwm (sy'n cynnwys premiwm anabledd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lwfans Diweithdra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lwfans Gweini Cyson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Taliad Annibyniaeth Personol (cyfradd safonol neu gyfradd uwch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Taliad Annibyniaeth y Lluoedd Arfog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Credyd Cynhwysol (mewn amgylchiadau lle mae gan berson allu cyfyngedig i weithio a/neu ymgymryd â gweithgareddau sy'n ymwneud â gwaith)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parhewch yn Rhan E os oes angen.

RHAN C: Datganiad Doctor neu Ymarferydd Meddygol

(i'w gwblhau gan y Doctor/Ymarferydd Meddygol)

Enw'r Doctor/Ymarferydd Meddygol:

Manylion cyswllt y feddygfa/ysbyty:

Cod post:

Rhif ffôn:

Ystyrir bod gan berson salwch meddyliol difrifol os oes ganddo nam difrifol o ran galluedd neu allu cymdeithasol (sut bynnag cafodd hynny ei achosi) sy'n ymddangos i fod yn barhaol. *Deddf Cyllid Llywodraeth Leol*

1992 (Atodlen 1, Paragraff 2).

Rydw i'n cadarnhau bod y person sydd wedi'i nodi yn RHAN A yn dioddef o salwch meddyliol difrifol fel sydd wedi'i ddiffinio uchod. (Ticiwch flwch)

Ydw Nac
ydw

Mae modd ôl-ddyddio eithriad/gostyngiad Treth y Cyngor hyd at ddyddiad y diagnosis. At ddibenion y ffurflen yma, nodwch y dyddiad cyntaf y byddech chi'n ystyried bod y claf yn dioddef o salwch meddyliol difrifol.

Dyddiad y Diagnosis:

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

Llofnod y Doctor:

Dyddiad:

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

Stamp Swyddogol:

Noder: Ddylai meddygon teulu ddim codi ffi am y diagnosis ac/neu am gwblhau'r ffurflen yma. *Rheoliadau Cymdeithas Feddygol Prydain, Y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Cytundebau Gwasanaethau*

Meddygol Cyffredinol) 2004 (Rheoliad 21(1) ac Atodlen 4).

RHAN D: Datganiad yr Ymgeisydd

Rwy'n derbyn cyfrifoldeb am yr holl wybodaeth sydd wedi'i nodi ar y ffurflen yma, ac yn datgan ei bod yn wir ac yn gywir hyd eithaf fy ngwybod a'm cred. Rwy'n rhoi awdurdod i'r Cyngor wneud unrhyw ymholiadau angenrheidiol i ddilysu manylion y ffurflen yma.

Llofnod yr ymgeisydd:

Dyddiad:

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

Os ydych chi'n llenwi'r ffurflen yma ar ran yr ymgeisydd, beth yw eich perthynas â nhw?

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

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

<p>Cod post:</p> <p>E-bost:</p>	<p>Rhif ffôn:</p>
---------------------------------	-------------------

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

Dyddiad:

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

Caiff eich cais ei asesu yn unol â'r Rheoliad Cyffredinol ar Ddiogelu Data (GDPR) 2018. I weld rhagor o wybodaeth am y Rheoliadau Diogelu Data Cyffredinol, bwriwch olwg ar wefan y Cyngor ac ar ei hysbysiad preifatrwydd. Dylech chi hefyd roi gwybod i'r Cyngor am unrhyw newidiadau i'ch amgylchiadau.

Ar ôl i chi lenwi'r ffurflen yma ac ar ôl i ymarferydd meddygol ei llofnodi, anfonwch hi i Swyddfa Treth y Cyngor eich awdurdod lleol. Mae modd dod o hyd i'r cyfeiriadau yma ar y wefan yma: www.llyw.cymru/manylion-cyswllt-treth-gyngor-yr-awdurdodau-lleol .

RHAN E: Rhagor o wybodaeth

Darparwch unrhyw wybodaeth ychwanegol i gefnogi eich cais.