

Esemptiad/Disgownt Treth Gyngor: Amhariad Gwybyddol Sylweddol

Gallai unrhyw un sydd ag ardystiad meddygol am Amhariad Gwybyddol Sylweddol fod yn gymwys i gael esemptiad neu ddisgownt Treth Gyngor. Mae person yn agored i Amhariad Gwybyddol Sylweddol os oes ganddo gyflwr meddwl difrifol a pharhaol neu fo newid niwrolegol yn effeithio ar allu'r ymennydd i weithredu sy'n cael effaith sylweddol ar fywyd beunyddiol yr unigolyn hwnnw.

Mae cyflyrau a all arwain at Amhariad Gwybyddol Sylweddol 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 Amhariad Gwybyddol Sylweddol gan feddyg. Er mwyn bod yn gymwys ar gyfer yr esemptiad/disgownt, rhaid i'r person gael diagnosis o Amhariad Gwybyddol Sylweddol gan feddyg, a rhaid iddo hefyd fod yn gymwys i gael un o'r budd-daliadau a restrir ar y ffurflen hon.

Esemptiad/Disgownt Treth Gyngor:

- Os ydych wedi cael diagnosis o Amhariad Gwybyddol Sylweddol gan feddyg, ac yn byw ar eich pen eich hun neu dim ond gyda phobl eraill sydd ag Amhariad Gwybyddol Sylweddol, byddwch yn cael esemptiad rhag talu'r Dreth Gyngor.
- Os ydych wedi cael diagnosis o Amhariad Gwybyddol Sylweddol gan feddyg, ac yn byw gydag un oedolyn sy'n gymwys i dalu'r Dreth Gyngor, bydd eich aelwyd yn cael disgownt o 25%.
- Os ydych wedi cael diagnosis o Amhariad Gwybyddol Sylweddol gan feddyg, ac yn byw gyda 2 neu ragor o oedolion sy'n gymwys i dalu'r Dreth Gyngor, ni fyddwch yn cael unrhyw ddisgownt.

Ffurflen Gais am Esemptiad/Disgownt

RHAN A: Gwybodaeth personol

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

Rhif Yswiriant Gwladol:

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

Dyddiad Geni:

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

Cyfeiriad:

Cod post:		
Rhif ffôn:	E-bost:	

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

RHAN B: Datgan hawl i fudd-dal

Bydd esemptiad neu ddiystyriad Treth Gyngor ar sail Amhariad Gwybyddol Sylweddol yn gymwys dim ond os ydych wedi cael diagnosis o amhariad o'r fath gan feddyg ac os oes gennych hawl i un o'r budd-daliadau a restrir isod.

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

Ticiwch y blwch/blychau perthnasol:

Pryd oedd y budd-daliad(au) yn berthnasol?

<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 (cydran gofal cyfradd uwch neu ganol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cynnydd mewn pensiwn anabledd (gan fod angen gweini cyson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Atodiad neu Lwfans i'r Anghyflogadwy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Credyd Treth Gwaith (gydag elfen anabledd neu elfen anabledd difrifol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Taliad Annibyniaeth Personol (cyfradd safonol neu uwch)	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	Lwfans Gweini Cyson	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	Credyd Cynhwysol (mewn amgylchiadau pan fo cyfyngiad ar allu person i weithio a/neu i wneud gweithgaredd yn gysylltiedig â gwaith)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gallwch barhau yn Rhan E os oes angen.

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:

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

Mae person yn agored i Amhariad Gwybyddol Sylweddol os oes ganddo gyflwr meddwl difrifol a pharhaol neu fo newid niwrolegol yn effeithio ar allu'r ymennydd i weithredu sy'n cael effaith sylweddol ar fywyd beunyddiol yr unigolyn hwnnw. (*Rheoliadau'r Dreth Gyngor (Disgowntiau, Diystyriadau ac Esemptiadau) (Cymru) 2026*).

Gallaf gadarnhau bod gan y person a enwir yn **RHAN A** Amhariad Gwybyddol Sylweddol fel y'i diffinnir uchod. (**Ticiwch y blwch**)

OES NAC OES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Gall esemptiad/disgownt 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 Amhariad Gwybyddol Sylweddol.

Dyddiad y Diagnosis:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Llofnod y Meddyg:

--

Dyddiad:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Stamp Swyddogol:

--

Sylwer: Ni ddylai meddygon teulu godi tâl am y diagnosis a/neu am lenwi'r ffurflen hon. *Cymdeithas Feddygol Prydain, Rheoliadau'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Contractau Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol) 2004 (Rheoliad 21(1) ac Atodlen 4).*

RHAN E: Rhagor o wybodaeth

Rhowch unrhyw wybodaeth bellach i gefnogi eich cais.



Mae'r ffurflen hon wedi'i llunio gan Lywodraeth Cymru a Chymdeithas Llywodraeth Leol Cymru i'w defnyddio gan holl awdurdodau lleol Cymru.

WG38715