

Tystysgrif addasrwydd cyfaill cyfreitha

Yn	
Rhif yr Hawliad	
Hawlydd (gan gynnwys cyf.)	
Diffynnydd (gan gynnwys cyf.)	

Os ydych yn gweithredu

- **dros blentyn**, rhaid i chi gyflwyno copi o'r ffurflen hon wedi ei llenwi i riant neu warcheidwad y plentyn neu, os nad oes rhiant na gwarcheidwad, i'r gofalwr neu'r person y mae'r plentyn yn byw gydag ef
- **dros glaf**, rhaid i chi gyflwyno copi o'r ffurflen, wedi ei llenwi, i'r person a awdurdodwyd yn unol â Rhan VII o Ddeddf Iechyd Meddwl 1983 neu, os nad awdurdodwyd unrhyw berson, i'r gofalwr neu'r person y mae'r claf yn byw gydag ef, onid chi yw'r person hwnnw. Rhaid i chi hefyd lenwi tystysgrif gyflwyno (sydd ar gael o swyddfa'r llys)

Dylech anfon y ffurflen hon wedi ei llenwi i'r llys ynghyd â'r ffurflen hawlio (os ydych yn gweithredu dros yr hawlydd) neu pan fyddwch yn cymryd y cam cyntaf yn yr hawliad ar ran y diffynnydd, ynghyd â'r dystysgrif gyflwyno (os yn briodol).

Nid oes raid i chi lenwi'r ffurflen hon os cawsoch eich awdurdodi yn unol â rhan VII Deddf Iechyd Meddwl 1983 i gynnal achos cyfreithiol ar ran y person dan sylw.

Rwy'n cytuno i weithredu fel cyfaill cyfreitha i

(hawlydd)(diffynnydd)

Credaf fod y person a enwir uchod yn

blentyn

glaf (rhowch eich rhesymau dros y ddalen ac atodwch gopi o unrhyw dystiolaeth feddygol yn gefnogaeth)

Gallaf gynnal achos ar ran y person a enwir uchod, yn ddigonol a theg, ac nid oes gennyf unrhyw fuddiannau sydd yn groes i fuddiannau'r person a enwir uchod.

*dilëwch os ydych yn gweithredu dros y diffynnydd

* Rwy'n ymgymryd â thalu unrhyw gostau y gellir gorchymyn i'r hawlydd uchod eu talu yn yr achos hwn, yn amodol ar unrhyw hawl a allai fod gennyf i'm digolledu o asedau'r hawlydd.

Mae swyddfa'r llys yn agored rhwng 10 am a 4 pm o ddydd Llun hyd ddydd Gwener. Wrth ohebu â'r llys, cyfeiriwch y ffurflenni neu lythyrau at Reolwr y Llys os gwelwch yn dda, gan ddyfynnu rhif yr hawliad.

N235 Tystysgrif addasrwydd cyfaill cyfreitha

Argraffwyd ar ran y Gwasanaeth Llys

Certificate of suitability of litigation friend

In the	
Claim No.	
Claimant (including ref)	
Defendant (including ref.)	

If you are acting

- **for a child**, you must serve a copy of the completed form on a parent or guardian of the child, or if there is no parent or guardian, the carer or the person with whom the child lives.
- **for a patient**, you must serve a copy of the completed form on the person authorised under Part VII of the Mental Health Act 1983 or, if no person is authorised, the carer or person with whom the patient lives unless you are that person. You must also complete a certificate of service (obtainable from the court office)

You should send the completed form to the court with the claim form (if acting for the claimant) or when you take the first step on the defendant's behalf in the claim together with the certificate of service (if applicable).

You do not need to complete this form if you do have an authorisation under Part VII of the Mental Health Act 1983 to conduct legal proceedings on the person's behalf.

I consent to act as a litigation friend for

(claimant)(defendant)

I believe that the above named person is a

child

patient (give your reasons overleaf and attach a copy of any medical evidence in support)

I am able to conduct proceedings on behalf of the above named person competently and fairly and I have no interests adverse to those of the above named person.

*delete if you are acting for the defendant

*I undertake to pay any costs which the above named claimant may be ordered to pay in these proceedings subject to any right I may have to be repaid from the assets of the claimant.

The court office at
is open between 10 am and 4 pm Monday to Friday. When corresponding with the court, please address forms or letters to the Court Manager and quote the claim number.

N235 Certificate of suitability of litigation friend

Printed on behalf of the Court Service

Rhif yr Hawliad

Claim No.

Ysgrifennwch eich enw mewn priflythrennau, os gwelwch yn dda

Please write your name in capital letters

Mr Mrs Miss

Mr Mrs Miss

Ms Arall _____

Ms Other _____

Cyfenw _____

Surname _____

Enwau blaen _____

Forenames _____

Cyfeiriad lle y dylid anfon dogfennau yn yr achos hwn.

Address to which documents in this case are to be sent

Tystiaf fod y wybodaeth a roddir uchod yn gywir

I certify that the information given in this form is correct

Llofnodwyd _____

Signed _____

Dyddiad _____

Date _____

Fy rhesymau dros gredu bod yr (hawlydd)(diffynnydd) yn glaf yw:-

My reasons for believing that the (claimant)(defendant) is a patient are:-