



CYFRINACHOL – HUNANARDYSTIO SALWCH SA3 CONFIDENTIAL - SELF CERTIFICATION OF SICKNESS SA3

Bydd rhaid llenwi'r ffurflen yma ar gyfer pob cyfnod o absenoldeb rhwng diwrnod a saith diwrnod o hyd.
This form must be completed for all absences between one and seven days inclusive.

RHAN 1/PART 1

Enw:/Name: _____ Teitl y swydd:/Post Title: _____

Uwchadran:/Division: _____ Gweithle:/Location: _____

Rhif staff:/Payroll No: _____

RHAN 2/PART 2

(i) Rydw i wedi bod yn sâl ers:/I have been sick since: _____
(Nid o reidrwydd yn ddiwrnod gwaith – gallai fod yn ddydd Sul, er enghraifft)/(This need not be a working day - it could for example be a Sunday)

(ii) Rydw i wedi bod yn absennol o'r gwaith oherwydd salwch ers:/
I have been absent from work due to sickness since:

Amser:/Time: _____ ar:/on: _____ (dydd a dyddiad)/(day and date)

(iii) Roeddwn i'n ffit i ddod yn ôl i'r gwaith ar:/I was fit to return to work on:

_____ (dydd a dyddiad)/(day and date)

(iv) Roeddwn i'n ôl yn y gwaith ar:/I returned to work on:

_____ (dydd a dyddiad)/(day and date)

(v) Pam doeddech chi ddim yn ffit i weithio? (Rhowch fanylion)

Cofiwch: Fydd geiriau fel 'salwch' a 'ddim yn teimlo'n dda' **DDIM** yn ddigon manwl. Fydd dim disgwyl i chi fynegi barn feddygol, ond, dylech chi roi syniad o'r math o salwch.

Why were you unfit for work? (Please be specific)

Please note: Words like 'illness', 'unwell' are **NOT** sufficient and whilst you are not expected to give a medical opinion you should give an indication of the type of illness.

RHAN 3/PART 3

- (i) Nodwch enw, cyfeiriad a rhif ffôn eich Meddyg a/neu'ch Meddyg Ymgynghorol.
Please give the name, address and telephone number of your Doctor and/or Consultant.

- (ii) Ydych chi wedi ceisio cyngor eich Meddyg a/neu'ch Meddyg Ymgynghorol?
Have you sought advice from your Doctor and/or Consultant?

Ydw/Nac ydw/Yes/No _____

- (iii) Os 'ydw', beth oedd y cyngor?/if yes, what advice was given?

- (iv) Pa gymorth sydd wedi'i gynnig i chi?/What support has been offered to employee?

RHAN 4/PART 4

Rydw i'n cydnabod bydd yr wybodaeth ar y ffurflen yma'n cael ei defnyddio ar gyfer penderfynu:

- (i) a oes gen i hawl i gael Tâl Salwch Statudol;
(ii) a oes gen i hawl i gael Tâl Salwch Galwedigaethol o dan y darpariaethau ynglŷn â salwch, sy'n rhan o Delerau ac Amodau fy nghyflogaeth.

Rydw i'n deall bydd gwneud datganiad anwir, yn fwriadol, yn golygu bydd posibilrwydd fydd gen i ddim hawl i gael Tâl Salwch Statudol a/neu Dâl Salwch Galwedigaethol, a bydd yn cael ei ystyried yn dramgwydd disgyblaethol difrifol.

Rydw i'n derbyn bod Telerau ac Amodau fy nghyflogaeth yn galluogi fy nghyflogwr i fynnu i mi gael archwiliad gan ymarferydd meddygol.

Rydw i'n datgan bod yr wybodaeth ar y ffurflen yma'n wir ac yn gyflawn.

I acknowledge that the information given on this form will be used to determine:

- (i) My entitlement, if any, to Statutory Sick Pay.
(ii) My entitlement, if any, to Occupational Sick pay under the sickness provisions contained in the Terms and Conditions under which I am employed.

I understand that any false statement knowingly made may disqualify me from either Statutory Sick Pay and/or Occupational Sick Pay and will be regarded as a serious disciplinary offence.

I accept that the Terms and Conditions under which I am employed enables my employer to require me to submit to an examination by a medical practitioner.

I declare the information given on the form to be true and complete.

Llofnod:/Signed: _____

Dyddiad:/Dated: _____

I'w llenwi gan y swyddog cyfrifol priodol./To be completed by the appropriate responsible officer.

Llofnod:/Signed: _____

Dyddiad:/Dated: _____
