



STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World
Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518)474-8775/ Fax: (518)474-7948

বাড়ীতে-ব্যবহৃত-ভাষা প্রশ্নাবলী, হোম ল্যাঙ্গুয়েজ কোয়েশ্চেনয়ার (এইচ এল কিউ)

মাননীয় মাতা-পিতা বা অভিভাবক:

আপনার সন্তানকে সব থেকে উন্নত মানের শিক্ষা প্রদানের জন্য, সে ইংরেজি ভাষা কতটা ভাল করে বুঝতে, বলতে, পড়তে এবং লিখতে পারে, সেটা আমাদের নির্ধারণ করা প্রয়োজন। এ ছাড়াও তার প্রাক্তন স্কুল এবং তার নিজের ব্যক্তিগত ইতিহাস সম্বন্ধে জানাটা আমাদের পক্ষে জরুরি। অনুগ্রহ করে নীচের ভাষাগত প্রেক্ষাপট (Language Background), ল্যাঙ্গুয়েজ ব্যাকগ্রাউন্ড এবং শিক্ষাগত ইতিহাস (Educational History), এডুকেশনাল হিস্ট্রি নামাঙ্কিত বিভাগ দুটি পূরন করুন। উত্তর পূরনে আপনার সহযোগিতা আমরা একান্তভাবে কামনা করি।
ধন্যবাদ

অনুগ্রহ করে পরিস্কার হাতের লেখায় এই বিভাগটি পূরন করুন।

শিক্ষার্থীর নাম:

প্রথম মধ্যবর্তী শেষ

জন্ম তারিখ:

লিঙ্গ:

মাস দিন বছর

পুরুষ
 স্ত্রী

মাতা-পিতা/অভিভাবক-দের জন্ম তথ্য:

পদবী

নাম

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক

বাড়ীতে ব্যবহৃত ভাষা কোড (হোম ল্যাঙ্গুয়েজ কোড)

ভাষাগত প্রেক্ষাপট (Language Background)

(প্রয়োজ্য সবকটিতে টিক চিহ্ন দিন।)

১। শিক্ষার্থীর বাড়ীতে বা বাসস্থানে কোন ভাষায়/ভাষাগুলিতে কথা বলা হয়?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি	<input type="checkbox"/> অন্য	_____	নির্দিষ্ট করে লিখুন		
২। আপনার সন্তান সবচেয়ে প্রথমে কোন ভাষা শিখেছিলো?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি	<input type="checkbox"/> অন্য	_____	নির্দিষ্ট করে লিখুন		
৩। প্রত্যেক মাতা-পিতা/অভিভাবক দের বাড়ীতে ব্যবহৃত ভাষা কি?	<input type="checkbox"/> মাতা	_____	<input type="checkbox"/> পিতা	_____	নির্দিষ্ট করে লিখুন	নির্দিষ্ট করে লিখুন
	<input type="checkbox"/> অভিভাবক	_____	_____	_____	নির্দিষ্ট করে লিখুন	নির্দিষ্ট করে লিখুন
৪। আপনার সন্তান কোন কোন ভাষা বুঝতে পারে?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি	<input type="checkbox"/> অন্য	_____	নির্দিষ্ট করে লিখুন		
৫। আপনার সন্তান কোন কোন ভাষা বলতে পারে?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি	<input type="checkbox"/> অন্য	_____	<input type="checkbox"/> বলে না	নির্দিষ্ট করে লিখুন	
৬। আপনার সন্তান কোন কোন ভাষা পড়তে পারে?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি	<input type="checkbox"/> অন্য	_____	<input type="checkbox"/> পড়ে না	নির্দিষ্ট করে লিখুন	
৭। আপনার সন্তান কোন কোন ভাষা লিখতে পারে?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি	<input type="checkbox"/> অন্য	_____	<input type="checkbox"/> লেখে না	নির্দিষ্ট করে লিখুন	

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

শিক্ষাগত ইতিহাস (Educational History)

৮। আপনার সন্তান মোট কত বছর ধরে স্কুলে ভর্তি রয়েছে তা উল্লেখ করুন _____

৯। আপনার কি মনে হয় যে আপনার সন্তানের এমন কোন অসুস্থতা বা অবস্থা থাকতে পারে যেটা তার ইংরেজি বা অন্য কোন ভাষা বোঝা, বলা, পড়া বা লেখার ক্ষমতা কে প্রভাবিত করে?

হ্যাঁ* না ঠিক বলতে পারব না

*যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন: _____

আপনার মতে এই সমস্যাগুলি কতটা গুরুতর? ছোটখাট কিছুটা গুরুতর বেশ গুরুতর

১০ক) আপনার সন্তানকে কি পূর্বে কখনো কোনো বিশেষ শিক্ষা মূল্যায়নে পাঠানো হয়েছিল? না হ্যাঁ* *অনুগ্রহ করে নীচে ১০খ পূরণ করুন

১০খ) যদি এমন কোন মূল্যায়নে পাঠানো হয়ে থাকে, তাহলে আপনার সন্তান কি পূর্বে কখনো কোন বিশেষ শিক্ষা পরিবেশে পেয়েছে?

না হ্যাঁ—গ্রন্থ পরিবেশের ধরন:

পরিবেশে প্রাপ্তির বয়স (প্রযোজ্য সবকটিতে টিক চিহ্ন দিন):

জন্ম থেকে ৩ বছর (প্রাথমিক হস্তক্ষেপ, Early Intervention) ৩ থেকে ৫ বছর (বিশেষ শিক্ষা, Special Education) ৬ বছর বা তার উর্দ্ধ (বিশেষ শিক্ষা)

১০গ) আপনার সন্তানের কি কোন ব্যক্তিগত স্বতন্ত্র কর্মসূচি- Individualized Education Program (আই ই পি) আছে? না হ্যাঁ

১১। আপনার মতে আপনার সন্তান সম্বন্ধীয় আর কোন গুরুত্বপূর্ণ বিষয় কি স্কুলের জানা প্রয়োজন? (স্বা, বিশেষ গুণ, শারীরিক সমস্যা, ইত্যাদি।)

১২। স্কুলের থেকে কোন ভাষার/ভাষাগুলিতে আপনি তথ্য পেতে আসে?

মাস: _____ দিন: _____ বছর: _____

মাতা-পিতা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক: মাতা পিতা অন্য _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____

POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____

POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: NO YES

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

MO DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____

POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

MO DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: