

母語調查問卷(HLQ) — 第二頁

教育歷史

8. 請標明您孩子在校的總年數 _____

9. 您覺得孩子對英語或者其他語言是否有理解, 會話, 閱讀或者書寫的困難或障礙? 如何有, 請描述。

有* 無 不確定 *如果有, 請解釋: _____

您認為這些困難有多嚴重? 輕微 有點嚴重 非常嚴重

10a. 您孩子在過去被建議去做過特殊教育評估嗎? 否 是* *請完成下面 10b 部分

10b. *如果有, 您孩子在過去接受過特殊教育服務嗎?

否 是 - 接受過的服務類型: _____

接受服務時的年齡 (請標注所有適用的選項):

從出生到 3 歲 (早期干預) 3 至 5 歲 (特殊教育) 6 歲或更大 (特殊教育)

10c. 您孩子有個人化教育專案 (IEP) 嗎? 無 有

11. 您認為還有對孩子教育有說明的其他重要事項嗎? (比如, 特殊才能, 健康問題, 等)

12. 您希望接收到的來自學校的資訊使用何種語言? _____

_____ 月: _____ 日: _____ 年:

父/母或者監護人簽字

日期

與學生的關係: 母親 父親 其他: _____

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: _____ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING
MO. DAY YR.

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