



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

Hauptsprache-Fragebogen (HLO)

*Liebe Eltern oder Vormund:
Um Ihrem Kind die bestmögliche
Schulbildung zu erfordern müssen wir
ermitteln wie fließend es Englisch
spricht, liest und schreibt, sowie
vorherige Schulung und persönliche
Vorgeschichte. Bitte füllen Sie alle
nachstehenden Abschnitte betitelt
"Sprachlicher Hintergrund und
Bildungshistorie" aus. Ihre Mithilfe
beim Beantworten dieser Fragen ist
sehr geschätzt. Vielen Dank.*

Bitte schreiben Sie deutlich beim Ausfüllen dieses Abschnitts.		
SCHÜLER NAME:		

Vorname	Zweiter Vorname	Nachname
GEBURTSDATUM:		GESCHLECHT:
_____	_____	<input type="checkbox"/> männlich
Monat	Tag	Jahr
_____	_____	_____
ELTERN/INFORMATION ÜBER DIE PERSON IN ELTERLICHER BEZIEHUNG:		

Nachname	Vorname	Beziehung zum(r) Schüler(in)
_____	_____	_____

HAUPTSPRACHEN-CODE

Sprachlicher Hintergrund (Bitte alles Zutreffende ankreuzen.)

1. Welche Sprache(n) ist(werden) im Heim oder Wohnsitz des(der) Schülers(in) gesprochen?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<i>einzelnen angeben</i>
2. Welche Sprache hat Ihr Kind zuallererst gelernt?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<i>einzelnen angeben</i>
3. Was ist die Hauptsprache der Eltern/des Vormunds?	<input type="checkbox"/> Mutter	_____	<input type="checkbox"/> Vater	_____
	<input type="checkbox"/> Vormund	_____	_____	<i>einzelnen angeben</i>
4. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind verstehen?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<i>einzelnen angeben</i>
5. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind sprechen?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<input type="checkbox"/> kann nicht sprechen
6. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind lesen?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<input type="checkbox"/> kann nicht lesen
7. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind schreiben?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<input type="checkbox"/> kann nicht schreiben

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

