



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

שאלון על שפת הבית

הורה או אפוטרופוס יקר:
על מנת לספק לילדך את החינוך הטוב ביותר האפשרי, עלינו לקבוע עד כמה הוא או היא מבין, דובר, קורא וכותב באנגלית, וכמו כן מהו הרקע הלימודי והפרטי שלו. אנא מלא את הסעיפים שלהלן תחת "רקע בשפה" ו"רקע לימודי". אנו מעריכים מאוד את עזרתך במענה על השאלות הללו.
תודה רבה.

אנא מלאו חלק זה בכתב ברור וקריא		
שם התלמיד:		
שם פרטי		
שם משפחה	שם נוסף	שם פרטי
מין:		תאריך לידה:
זכר <input type="checkbox"/>		חודש
נקבה <input type="checkbox"/>		
שנה:	יום	פרטי הורה או אדם ביחסי הורות:
שם משפחה		
שם פרטי		
קרבה משפחתית לתלמיד		

HOME LANGUAGE CODE

רקע בשפה (אנא סמן את כל מה שרלוונטי)		
1. באיזו שפה/אילו שפות מדברים בביתו או מקום מגוריו של התלמיד?	<input type="checkbox"/> אנגלית	<input type="checkbox"/> אחרת _____ פרט
2. מהי השפה הראשונה שהילד שלך למד?	<input type="checkbox"/> אנגלית	<input type="checkbox"/> אחרת _____ פרט
3. מהי שפת הבית של כל אחד מההורים/אפוטרופוסים?	<input type="checkbox"/> אם _____ <input type="checkbox"/> אפוטרופוס/ים _____	<input type="checkbox"/> אב _____ פרט <input type="checkbox"/> אמו _____ פרט
4. אילו שפה/שפות הילד שלך מבין?	<input type="checkbox"/> אנגלית	<input type="checkbox"/> אחרת _____ פרט
5. אילו שפה/שפות הילד שלך מדבר?	<input type="checkbox"/> אנגלית	<input type="checkbox"/> אחרת _____ פרט <input type="checkbox"/> אינו מדבר
6. באילו שפה/שפות הילד שלך קורא?	<input type="checkbox"/> אנגלית	<input type="checkbox"/> אחרת _____ פרט <input type="checkbox"/> אינו קורא
7. באילו שפה/שפות הילד שלך כותב?	<input type="checkbox"/> אנגלית	<input type="checkbox"/> אחרת _____ פרט <input type="checkbox"/> אינו כותב

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

שאלון על שפת הבית – עמ' 2

רקע לימודי
<p>8. ציין את סך כל השנים בהן היה ילדך רשום כתלמיד בבית ספר _____</p>
<p>9. האם אתה סבור שעלולים להיות לילדך קשיים או מצבים המשפיעים על היכולת שלו להבין, לדבר, לקרוא או לכתוב באנגלית או בכל שפה אחרת? אם כן, אנא פרט. כן* <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> אם כן, אנא הסבר: _____</p> <p>עד כמה חמורים לדעתך קשיים אלו? <input type="checkbox"/> משניים <input type="checkbox"/> חמורים למדי <input type="checkbox"/> חמורים מאוד <input type="checkbox"/></p>
<p>10a. האם הילד שלך הופנה אי פעם לאבחון של החינוך המיוחד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן* <input type="checkbox"/> בבקשה מלא את b10 שלהלן</p> <p>10b. אם אכן הילד שלך הופנה לאבחון, האם הוא/היא אי פעם קיבל שירותי חינוך מיוחד בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - סוג השרות שניתן _____</p> <p>הגיל שבו ניתנו השירותים לילדך (אנא סמן את כל מה שרלוונטי) <input type="checkbox"/> מהלידה עד גיל שלוש (התערבות מוקדמת) <input type="checkbox"/> מגיל 3 עד גיל 5 (חינוך מיוחד) <input type="checkbox"/> גיל שש ומעלה (חינוך מיוחד)</p> <p>10c. האם לילד שלך יש תכנית לימודית מותאמת אישית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>
<p>11. האם יש פרט נוסף אשר לדעתך חשוב שבית הספר יידע על ילדך (לדוגמא, כישרונות מיוחדים, בעיות רפואיות, וכו') _____</p>
<p>12. באילו שפה/שפות תרצה לקבל מידע מבית הספר? _____</p>

	יום:	חודש:	שנה:
תאריך	חתימת ההורה או אדם ביחסי הורות		
<p>הקרבה המשפחתית לתלמיד: <input type="checkbox"/> אם <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אחרת: _____</p>			

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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ Mo. DAY YR.	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	