



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

Questionario Sulla Lingua Parlata in Casa (HLQ)

*Gentile Genitore o Tutore:
Per poter fornire a suo figlio/a la migliore educazione possibile abbiamo bisogno di accertare sia quanto correttamente egli/ella capisce, parla, legge e scrive in Inglese, sia la precedente storia scolastica e personale. La preghiamo pertanto di completare i campi sottostanti intitolati Conoscenza Linguistica e Storia Scolastica. La ringraziamo molto per la sua collaborazione.*

Si prega di compilare in maniera chiara e leggibile		
NOME DELLO STUDENTE:		
Nome Secondo Nome Cognome		
DATA DI NASCITA:		SESSO:
Mese	Giorno	Anno
		<input type="checkbox"/> Maschile
		<input type="checkbox"/> Femminile
GENITORE/PERSONA FACENTE FUNZIONE DI GENITORE:		
Cognome Nome Relazione con lo studente:		

HOME LANGUAGE CODE

Conoscenza Linguistica (Si prega di barrare tutto quello che è pertinente.)

1. Quale lingua/e è/sono parlata/e in casa o nella residenza dello studente?	<input type="checkbox"/> Inglese	<input type="checkbox"/> Altro	_____
			<i>specificare</i>
2. Quale lingua suo/a figlio/a ha imparato per prima?	<input type="checkbox"/> Inglese	<input type="checkbox"/> Altro	_____
			<i>specificare</i>
3. Qual'è la Lingua Parlata in Casa da ciascun genitore o tutore?	<input type="checkbox"/> Madre	_____	<input type="checkbox"/> Padre _____
		<i>specificare</i>	<i>specificare</i>
	<input type="checkbox"/> Tutore(i)	_____	
		<i>specificare</i>	
4. Quale lingua/e capisce suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Inglese	<input type="checkbox"/> Altro	_____
			<i>specificare</i>
5. Quale lingua/e parla suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Inglese	<input type="checkbox"/> Altro	_____ <input type="checkbox"/> Non parla
			<i>specificare</i>
6. Quale lingua/e legge suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Inglese	<input type="checkbox"/> Altro	_____ <input type="checkbox"/> Non legge
			<i>specificare</i>
7. In quale lingua/e scrive suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Inglese	<input type="checkbox"/> Altro	_____ <input type="checkbox"/> Non scrive
			<i>specificare</i>

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

Questionario Sulla Lingua Parlata in Casa (HLQ) - Pagina Due

Storia Scolastica

8. Indicare il numero totale di anni di iscrizione a scuola di suo/a figlio/a _____

9. Pensa che suo/a figlio/a possa avere qualche difficoltà o condizione che influisce sulla sua capacità di capire, parlare, leggere o scrivere in Inglese o qualsiasi altra lingua? Se sì, descrivere quale.

Sì* No Non sono sicuro/a *Se sì, per favore spiegare: _____

Secondo Lei quanto sono gravi queste difficoltà? Minime Abbastanza gravi Molto gravi

10a. In passato suo/a figlio/a è mai stato indirizzato/a ad una valutazione per bisogni educativi speciali? No Sì* *Compilare il campo 10b sottostante

10b. *Se indirizzato ad una valutazione, suo/a figlio/a in passato ha mai ottenuto qualche servizio relativo a bisogni educativi speciali? No Sì – Tipo di servizi ricevuti: _____

Età a cui i servizi sono stati ottenuti (barrare tutto quello che è pertinente):

Nascita ai 3 anni (Prima Infanzia-Early Intervention) 3 ai 5 anni (Bisogni Educativi Speciali-Special Education) 6 anni o oltre (Bisogni Educativi Speciali-Special Education)

10c. Suo/a figlio/a ha un Programma Educativo Individualizzato (Individualized Education Program o IEP)? No Sì

11. Pensa che ci sia qualcos'altro di importante che la scuola dovrebbe sapere riguardo suo/a figlio/a? (ad esempio, abilità particolari, problem di salute, eccetera.)

12. In quale lingua/e desidera ricevere le informazioni dalla scuola? _____

_____ Firma del Genitore o Persona Facente Funzione di Genitore

Mese: _____ Giorno: _____ Anno: _____
 _____ Data

Relazione con lo studente: Madre Padre Altro: _____

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: