



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

가정언어 설문서 (HLQ)

학부모님 또는 보호자님께:
저희들은 자녀들에게 최상의 교육을 제공하기 위해 학생들이 얼마나 영어를 이해하고 말하고 읽고 쓸 수 있는지와 과거 학업과 개인 이력을 알아야 합니다. 아래에 언어 배경과 교육 배경을 밝혀주십시오. 아래 질문에 답해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

| 분명하게 기입하십시오. | | |
|--------------------|-----------------|----------------------------|
| 학생 성명 | | |
| 이름 (First) | | 성 (Last) |
| 생년월일: | | 성별: |
| 월/ | 일/ | 년/ |
| | | <input type="checkbox"/> 남 |
| | | <input type="checkbox"/> 여 |
| 부모/부모를 대신하는 사람 정보: | | |
| | | |
| 성 (Last Name) | 이름 (First Name) | 학생과의 관계 |

HOME LANGUAGE CODE

언어 배경

(적용되는 것 전부 체크하십시오.)

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 1. 학생의 가정에서 어떤 언어(들)로 말합니까? | <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 그외 | _____ | 밝히시오 |
| 2. 학생이 제일 먼저 배운 언어는 무엇입니까? | <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 그외 | _____ | 밝히시오 |
| 3. 학부모/보호자의 모국어는 무엇입니까? | <input type="checkbox"/> 어머니 | _____ | <input type="checkbox"/> 아버지 | _____ |
| | | _____ | | _____ |
| | <input type="checkbox"/> 보호자 | _____ | | _____ |
| 4. 자녀는 어떤 언어(들)를 이해합니까? | <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 그외 | _____ | 밝히시오 |
| 5. 자녀는 어떤 언어(들)로 말합니까? | <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 그외 | _____ | <input type="checkbox"/> 말못함 |
| | | | _____ | _____ |
| 6. 자녀는 어떤 언어(들)로 읽습니까? | <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 그외 | _____ | <input type="checkbox"/> 읽지 못함 |
| | | | _____ | _____ |
| 7. 자녀는 어떤 언어(들)로 씁습니까? | <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 그외 | _____ | <input type="checkbox"/> 쓰지 못함 |
| | | | _____ | _____ |

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 |

가정언어 설문서 (HLQ)—2 쪽

교육 배경

8. 학교에 총 몇 해를 다녔습니까? _____

9. 자녀가 영어나 다른 언어를 이해하고, 사용하고, 읽고, 쓰는 데 힘들거나, 힘들게 만든 조건이 있다고 생각하십니까?

“네”라고 하시면 설명해 주십시오.

네* 아니오 잘 모릅니다

*네'라고 하시면 설명하십시오.: _____

그러한 어려움이 얼마나 심각하다고 생각하십니까? 약간 좀 심함 아주 심함

10a. 전에 특수장애 교육 평가를 받도록 되었습니까? 아니요 네* *10b 를 기입하십시오.

10b. *평가를 받게 되었으면, 자녀가 특수장애 교육 서비스를 받은 적이 있습니까?

아니요 네 - 어느유형의 서비스: _____

서비스를 받은 나이 (적용되는 것 전부 체크하십시오):

생후 3 년간 (조기 개재) 3 살부터 5 살까지 (특수장애교육) 6 살 이상 (특수장애교육)

10c. 자녀는 개별교육 프로그램을 갖고 있습니까 (IEP)? 아니요 네

11. 학교가 자녀에 대해서 알아야한다고 생각하시는 것은 또 무엇이 있습니까? (예., 특기, 건강 사항, 등등.)

12. 학교로부터 받는 정보는 어떤 언어(들)로 받기를 원하십니까? _____

월: 일: 년:

학부모나 학부모를 대신하는 사람의 서명

날자

학생과 관계: 어머니 아버지 그외: _____

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: