

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234 Office of P-12

Lissette 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

Home Language Questionnaire (HLQ) Questionário sobre a língua utilizada em casa (HLQ em inglês)

Favor preencher todos os campos com letra Prezados Pais/Responsáveis: legível/maiúscula. A fim de proporcionar a melhor NOME DO ALUNO: educação possível para seu filho(a), precisamos determinar os níveis de conhecimento da língua nas 4 Nome Nome do meio Sobrenome habilidades: Ouvir, Ler. Falar е DATA DE NASCIMENTO: SEXO: Escrever, assim como seu histórico escolar. Por favor, preencher os ■ Masculino campos abaixo com informações sobre □ Feminino Mês Dia a formação acadêmica. Obrigado por INFORMAÇÃO DO PAI, MÃE/TUTOR: concordar em responder a este questionário. Muito obrigado(a). Sobrenome Nome

Но	ME LANGUAGE	CODE				
Conhecimento de idiomas (Por favor, marque o que se aplica.)						
1. Que idioma(s) é(são) falado(s) em sua casa?	☐ Inglês	□ Outro	es	specifique		
2. Qual foi o primeiro idioma que seu filho(a) aprendeu a falar?	☐ Inglês	☐ Outro				
3. Quais são os idiomas nativos de cada pai/tutor?	☐ Mãe		especifique □ Pai			
	□Tutor(es)	especifique	especifique	especifique		
4. Qual o idioma(s) seu filho(a) compreende?	☐ Inglês	□ Outro				
5. Qual o idioma(s) seu filho(a) fala?	☐ Inglês	□ Outro	especifique	specifique □ Não fala -		
6. Qual o idioma(s) seu filho(a) lê?	☐ Inglês	□ Outro	especifique	□ Não lê -		
7. Qual o idioma(s) seu filho(a) escreve?	☐ Inglês	□ Outro	especifique	☐ Não escreve		

THIS SECTION TO BE CO	MPLETED BY DISTRICT	IN WHICH STUDENT IS REGISTERED
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:		STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School	Address	
District Name (Number) & School	Audress	

Grau de Parentesco

Questionário sobre a língua utilizada em casa (HLQ em inglês) – Página 2

Formação Acadêmica					
8. Quantos anos seu filho(a) frequenta a escola?					
9. Você acha que seu filho(a) apresenta dificuldades ou problemas específicos que afetam sua capacidade de compreender, falar, ler e escrever em inglês ou em qualquer outro idioma? Se sim, favor descrevê-los.					
Sim* Não Não tenho certeza					
How severe do you think these difficulties are? ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave					
10a. Alguna vez o seu filho(a) já foi encaminhado para uma avaliação de educação especial ? Não Sim* *Favor completer o campo 10b abaixo					
10b. * <u>Se respondeu sim na questão anterior,</u> o seu filho(a) já <u>recebeu</u> algum tipo de serviço de educação especial? □ Não □ Sim – Que tipo de serviço(s) o seu filho(a) já recebeu:					
A idade em que o serviço(s) foi recebido (Por favor marque o que se aplica): Do nascimento aos 3 anos (Intervenção Precoce) 3 aos 5 anos (Educação Especial) 6 anos ou mais (Educação Especial)					
10c. O seu filho(a) tem um Programa de Educação Individualizada (IEP em inglês)? Não Sim					
11. Existe qualquer outra coisa sobre o seu filho(a) que seria importante a escola saber? (p.ex.,talentos especiais, preocupações com a saúde, etc.)					
12. Qual o idioma(s) você deseja receber informações da escola?					
Mês: Dia: Ano:					
Assinatura dos Pais/Tutores Data					
Grau de Parentesco: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Outro:					
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: OUTCOME OF INDIVIDUAL INDIVIDUAL INDIVIDUAL INTERVIEW: INTERVIEW: REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM					
MO DAY YR.					
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL					
Name: Position:					
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON DENTERING DEMERGING TRANSITIONING DEXPANDING NYSITELL:					
Mo. Day yr.					
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:					