



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

پرسشنامه زبان خانه (Home Language Questionnaire, HLQ)

والدین یا شخص محترم که رابطه والدین با وی دارد:
به منظور فراهم سازی بهترین تعلیم ممکن برای طفل شما، ما نیاز مندیم تا مشخص سازیم که وی چقدر می تواند به زبان انگلیسی بفهمد، صحبت نماید، بخواند و بنویسد و همچنان باید دوره قیل از مکتب و سابقه شخصی وی را بدانیم. لطف نموده قسمت های ذیل تحت عناوین سابقه زبان و تاریخچه تعلیمی را تکمیل نمایید. کمک شما در جواب دادن به این سوالات را از صمیم قلب قدردانی می نماییم.
تشکر.

نام شاگرد:	
نام	نام وسط
تخلص	تخلص
جنسیت:	تاریخ تولد:
<input type="checkbox"/> مذکر	ماه روز سال
<input type="checkbox"/> مونث	
معلومات پیرامون / سرپرست شخص که رابطه والدین با او را دارد:	
تخلص	نام
رابطه با آن	

--

HOME LANGUAGE CODE

سابقه زبان

(اگر تمامی گزینه ها درست است پس لطف نموده همه را چیک نمایید.)

1. در خانه یا مسکونه متعلم کدام زبان(ها) صحبت می شوند؟	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> دیگر
مشخص سازید		
2. نخستین زبانی که طفل شما آموخت چه بود؟	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> دیگر
مشخص سازید		
3. زبان خانه هر یک از والدین/سرپرست چیست؟	<input type="checkbox"/> والدین 1	<input type="checkbox"/> والدین 2
مشخص سازید	مشخص سازید	مشخص سازید
	<input type="checkbox"/> سرپرست(ان)	
مشخص سازید		
4. طفل شما به کدام زبان(ها) می فهمد؟	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> دیگر
مشخص سازید		
5. طفل شما به کدام زبان(ها) صحبت می کند؟	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> دیگر
مشخص سازید		
6. طفل شما کدام زبان(ها) را خوانده می تواند؟	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> دیگر
مشخص سازید		
7. طفل شما به کدام زبان(ها) می نویسد؟	<input type="checkbox"/> انگلیسی	<input type="checkbox"/> دیگر
مشخص سازید		

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

پرسشنامه زبان خانه (HLQ) – صفحه دوم

سابقه تعلیمی

8. نشان دهنده مجموع سال هایی است که طفل شما در مکتب شامل بوده است _____

9. آیا فکر می کنید که طفل شما ممکن است دارای مشکلاتی یا شرایطی بوده باشد که بالای توانایی دانستن، صحبت کردن، خواندن یا نوشتن زبان انگلیسی یا زبان دیگر وی اثر گذاشته باشد؟ اگر جواب شما بلی باشد، لطف نموده تشریح نمایید.
 بلی * نخیر مطمئن نیستم * اگر بلی است، لطف نموده تشریح نمایید: _____

فکر می کنید که این مشکلات تا چه حد شدید خواهد بود؟ کمتر تا اندازه شدید بسیار شدید

10a. آیا طفل شما در گذشته برای ارزیابی آموزش ویژه ارجاع شده است؟ نخیر بلی * لطف نموده سوال 10b را تکمیل نمایید

10b. اگر برای یک ارزیابی ارجاع شده باشد، آیا طفل شما گاهی هم کدام خدمات تعلیمی ویژه را در گذشته دریافت نموده است؟
 نخیر بلی - نوعی از خدمات را دریافت کرده است: _____

سن که در آن خدمات را دریافت کرده است (اگر تمامی گزینه ها درست است پس لطف نموده همه را چیک نمایید):
 از تولد تا 3 سالگی (اقدامات اولیه) 3 الی 5 سالگی (تعلیمات ویژه) 6 سال و بالاتر از آن (تعلیمات ویژه)

10c. آیا طفل شما دارای برنامه تعلیمی انفرادی (Individualized Education Program, IEP) است؟ نخیر بلی

11. آیا کدام موردی دیگری هم است که به نظر شما بخاطر دانستن راجع به طفل شما برای مکتب دارای اهمیت باشد؟ (بطور مثال، استعدادهای ویژه، نگرانی های صحتی و غیره)

12. به کدام زبان(ها) می خواهید از مکتب معلومات دریافت کنید؟ _____

ماه: _____ روز: _____ سال: _____

تاریخ

امضاء والدین یا شخص که رابطه والدین با او دارد

رابطه با شاگرد: والدین دیگر: _____

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: _____ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

MO. DAY YR.

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: