



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

د کور د ژبې پوښتنلیک (Home Language Questionnaire, HLQ)

| | |
|---|-----------|
| د زده کوونکي نوم: | |
| نوم | منځنی نوم |
| تخلص | |
| د زوکړې نېټه: | |
| جنسیت: | |
| <input type="checkbox"/> نارینه | |
| <input type="checkbox"/> ښځینه | |
| مياشت | ورځ |
| کال | |
| د والدین / د والدین د اړیکې لرونکي کس په اړه معلومات: | |
| | |
| تخلص | نوم |
| له هغه سره یې اړیکه | |

ښاغلی والدین یا هغه کس چې د والدین اړیکه ورسره لري:
ستاسې د ماشوم لپاره د تر ټولو غوره تعلیم وړاندې کولو په خاطر، موږ اړتیا لرو تر څو دا په ډاګه کړو چې هغه څومره په انګریزي ژبه پوهیږي، خبرې کوي، لوستلای شي او لیکلای شي او همدارنګه باید د هغه د ښوونځي نه وړاندې نورې او شخصي تاریخچې په اړه پوه شو. مهرباني وکړئ لاندې برخې د ژبې شالید او تعلیمي تاریخچې تر عنوان لاندې بشپړې کړئ. دغو پوښتنو ته ستاسې له خوا د وړاندې شویو ځوابونو له ورکولو څخه بهر ستاينه کوو. مننه.

| |
|--|
| |
|--|

HOME LANGUAGE CODE

| | |
|---|---|
| د ژبې شالید | |
| (که چیرته ټول غوراوي سم وي بیا نو مهرباني وکړئ ټول چیک کړئ.) | |
| 1. د زده کوونکي په کور یا هستوګنه کې پر کومه ژبه (ژبو) خبرې کېږي؟ | <input type="checkbox"/> انګریزي <input type="checkbox"/> نورې |
| مشخص یې کړئ | |
| 2. ستاسې ماشوم لومړی کومه ژبه زده کړه؟ | <input type="checkbox"/> انګریزي <input type="checkbox"/> نورې |
| مشخص یې کړئ | |
| 3. د والدین/پالونکي د کور ژبه څه ده؟ | <input type="checkbox"/> والدین 1 <input type="checkbox"/> والدین 2 |
| پالونکی (پالونکي) | |
| مشخص یې کړئ | |
| 4. ستاسې ماشوم پر کومه ژبه (ژبو) پوهیږي؟ | <input type="checkbox"/> انګریزي <input type="checkbox"/> نورې |
| مشخص یې کړئ | |
| 5. ستاسې ماشوم پر کومه ژبه (ژبو) خبرې کولای شي؟ | <input type="checkbox"/> انګریزي <input type="checkbox"/> نورې |
| خبرې نه کوي | |
| مشخص یې کړئ | |
| 6. ستاسې ماشوم کومه ژبه (ژبې) ویلای شي؟ | <input type="checkbox"/> انګریزي <input type="checkbox"/> نورې |
| لوسنل نشي کړای | |
| مشخص یې کړئ | |
| 7. ستاسې ماشوم پر کومه ژبه (ژبو) باندې لیکل کړای شي؟ | <input type="checkbox"/> انګریزي <input type="checkbox"/> نورې |
| لیکل نشي کړای | |
| مشخص یې کړئ | |

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 |

د کور د ژبې پوښتنلیک (HLQ) – دویم مخ

تعلیمی تاریخچه

8. دا د ټولو هغو کلونو د شمېر بشکارندوی ده چې ستاسې ماشوم په ښوونځي کې شامل شوی _____

9. ایا فکر کوئ چې ښايي ستاسې ماشوم د داسې ستونزو یا شرایطو لرونکی وي چې د هغه د انګریزي ژبې یا نورو ژبو د پوهیدو، خبرې کولو، لوستلو یا لیکلو پر وړتیا یې اغیزه کړي وي؟ که ستاسې ځواب هو وي، نو بیا یې د مهرباني له مخې یې تشریح کړئ.
هو* نه *ډاډه نه یم* که ځواب هو وي، نو د مهرباني له مخې یې تشریح کړئ: _____

فکر کړئ چې دا ستونزې به تر کومه بریده پورې شدیدې وي؟ لږ تر یوې اندازې شدیدې ډېرې شدیدې

10a. ایا ستاسې ماشوم پخوا وخت کې د ځانګړي زده کړې ارزونې ته ارجاع شوی وه؟ نه هو* ** مهرباني له مخې د 10 ب پوښتنه بشپړه کړئ*

10b. ** که چېرته د یوې ارزونې لپاره ارجاع شوی وي، نو ایا ستاسې ماشوم کله هم پخوا وخت کې کوم ځانګړي تعلیمي خدمات تر لاسه کړي دي؟* نه هو – یو ډول خدمات یې تر لاسه کړي وو: _____

هغه عمر چې پکې دغه خدمات یې تر لاسه کړي وو (که چېرته ټول غوراوي سم وي نو بیا د مهرباني له مخې ټول یې چیک کړئ):
 له زوکړې تر 3 کلنې پورې (لومړني اقدامات) 3 تر 5 کلنې پورې (ځانګړي تعلیمات) 6 کلن او تر هغه پورته (ځانګړي تعلیمات)

10c. ایا ستاسې ماشوم د انفرادي تعلیمي پروګرام (Individualized Education Program, IEP) لرونکی دی؟ نه هو

11. ایا کوم بل داسې مورد هم شته چې ستاسې په نظر ستاسې د ماشوم په اړه به یې د ښوونځي له خوا پوهیدل اهمیت ولري؟ (د بېلګې په توګه، ځانګړي استعدادونه، روغتیايي اندېښنې او داسې نور)

12. په کومو ژبو باندې غواړئ له ښوونځي څخه معلومات تر لاسه کړئ؟ _____

مياشت: _____ ورځ: _____ کال: _____
نېټه

د والدین یا د هغه کس لاسلیک چې د والدین اړیکه ورسره لري

له زده کوونکي سره اړیکه: والدین نور: _____

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: