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

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

အိမ်သုံးဘာသာစကားဆိုင်ရာ မေးခွန်းလွှာ (Home Language Questionnaire - HLQ)

မိဘ သို့မဟုတ် မိဘကဏ္ဍတွင် တာဝန်ယူထားသူရှင့် -
သင့်ကလေးအတွက် အကောင်းဆုံး ပညာရေး ဖော်ဆောင်ပေးရန်အလို့ငှာ၊ ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် ၎င်းအင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားအား မည်မျှခန့်ကောင်းစွာ ရေး၊ ဖတ်၊ ပြောဆို၊ နားလည်သည်ကို သိရှိရန်နှင့် ၎င်း၏ ယခင်ပညာရေး၊ လူမှုရေး ရာဇဝင်တို့ကို သိထားရန် လိုအပ်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါဘာသာစကား နောက်ကြောင်းရာဇဝင်နှင့် ပညာရေး သမိုင်းအကြောင်းဆိုင်ရာမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးပါ။ ထိုသို့ဖြေဆိုခြင်းဖြင့် သင်၏ ကူညီမှုကို ကျွန်ုပ်တို့မှ လှိုက်လှဲစွာ ကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။

ကျောင်းသူ / သား အမည်။

ပထမအမည်စာလုံး *နောက်ဆုံးအမည်စာလုံး*

မွေးသက္ကရာဇ်။ **လိင်။**

ရက် လ နှစ်

❑ကျား
❑မ

မိဘကဏ္ဍတွင် ဆောင်ရွက်နေသူ၏ သတင်းအချက်အလက်။

နောက်ဆုံးအမည်စာလုံး *ပထမအမည် စာလုံး* *တော်စပ်ပုံ*

HOME LANGUAGE CODE

ဘာသာစကားနောက်ကြောင်းရာဇဝင်

(ဆိုင်ရာအားလုံးဖြေဆိုပါ။)

၁။ **မည်သည့်ဘာသာစကား(များ) ကျောင်းသူ/သား၏ အိမ်၌ ပြောဆိုပါသနည်း?**	❑ အင်္ဂလိပ်	❑ အခြား *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*	
၂။ **သင့်ကလေး သင်ယူခဲ့သည့် ပထမ ဘာသာစကားမှာ မည်သည့်ဘာသာစကား ဖြစ်သနည်း။**	❑ အင်္ဂလိပ်	❑ အခြား *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*	
၃။ **မိဘ အုပ်ထိန်းသူ တဦးချင်းစီ၏ အိမ်သုံးဘာသာစကားမှာ အဘယ်နည်း?**	❑ မိဘ ၁ *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*	❑ မိဘ ၂ *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*	
	❑ အုပ်ထိန်းသူ *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*		
၄။ **သင့်ကလေး မည်သည့်ဘာသာစကား(များ)ကို နားလည်ပါသနည်း?**	❑ အင်္ဂလိပ်	❑ အခြား *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*	
၅။ **သင့်ကလေး မည်သည့်ဘာသာစကား(များ)ကို ပြောဆိုပါသနည်း?**	❑ အင်္ဂလိပ်	❑ အခြား *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*	❑ စကားမပြောပါ
၆။ **သင့်ကလေး မည်သည့်ဘာသာစကား(များ)ကို ဖတ်မှတ်ပါသနည်း?**	❑ အင်္ဂလိပ်	❑ အခြား *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*	❑ စာမဖတ်ပါ
၇။ **သင့်ကလေး မည်သည့်ဘာသာစကား(များ)ကို ရေးသားပါသနည်း?**	❑ အင်္ဂလိပ်	❑ အခြား *အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*	❑ စာမရေးပါ

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*	

အိမ်သုံးဘာသာစကားဆိုင်ရာ သိလိုဖွယ်မေးခွန်းများ (HLQ) - စာမျက်နှာ နှစ်

ပညာရေး သမိုင်းကြောင်း

၈။ သင့်ကလေး စာရင်းပေးသွင်း ကျောင်းတက်ရောက်ခဲ့သည့် နှစ်ပေါင်းကို ဖော်ပြပေးပါ _____

၉။ သင့်ကလေးတွင် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား သို့မဟုတ် အခြားဘာသာစကားတို့ကို နားလည်၊ ပြောဆို၊ ဖတ်မှတ်၊ ရေးသားနိုင်ရန်အတွက် အခက်အခဲများ သို့မဟုတ် အခြေအနေများ ရှိသည်ဟု သင်ယူဆပါသလား? အကယ်၍ ထိုသို့ယူဆပါက ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။

*ရှိ**	*မရှိ*	*မသေချာ*	
❑	❑	❑	*အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းပြပါ-_____

ထိုအခက်အခဲများသည် မည်မျှ ပြင်းထန်သည်ဟု သင် ထင်ပါသနည်း? ❑ အသေးအဖွဲ ❑ အတော်အတန် ❑ အလွန်ပြင်းပြင်းထန်ထန်

၁၀က။ သင့်ကလေးအား ယခင်က အထူးပညာရေး ဆန်းစစ်ရန် လွှဲပြောင်းပေးအပ်ခြင်း ရှိခဲ့ရဖူးပါသလား? ❑ မရှိပါ ❑ ရှိသည်* * *ကျေးဇူးပြု၍ ၁၀ခကို ဖြေဆိုပါ။*

၁၀ခ။ *အကယ်၍ ဆန်းစစ်ရန် လွှဲပြောင်းပေးအပ်ခြင်း ရှိခဲ့ပါက၊ သင့်ကလေးသည် အတိတ်ကာလ၌ အထူးပညာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိခဲ့ဖူးပါသလား?

❑ မရှိပါ ❑ ရှိသည် – ရရှိခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ဖော်ပြပါ _____

ထိုဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိခဲ့သည့် အသက်အရွယ် *(သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ဖော်ပြပါ)*-

❑ မွေးသည်မှ ၃နှစ်အထိ (ကနဦး ကြားဖြတ်မှု (Early Intervention)) ❑ ၃နှစ်မှ ၅နှစ် (အထူးပညာရေး) ❑ ၆နှစ်နှင့်အထက် (အထူးပညာရေး)

၁၀ဂ။ သင့်ကလေးတွင် တဦးချင်းစီအတွက် ပညာရေးအစီအစဉ် (Individualized Education Program - IEP) ရှိပါသလား? ❑ မရှိပါ ❑ ရှိသည်

၁၁။ သင့်ကလေးနှင့်ပတ်သက်၍ ကျောင်းမှ သိသင့်သိထိုက်သည် အခြားကိစ္စများ ရှိပါသလား? *(ဥပမာ၊ ထူးချွန်မှုများ၊ ကျန်းမာရေး အစရှိသဖြင့်)*

၁၂။ ကျောင်းမှ အချက်အလက်များကို မည်သည့် ဘာသာစကား(များ)ဖြင့် လက်ခံရရှိလိုပါသနည်း? _____

_____ လ၊ နေ့ရက်၊ နှစ် _____

မိဘသို့မဟုတ် မိဘကဏ္ဍတွင် တာဝန်ယူထားသူ၏ လက်မှတ် *နေ့စွဲ*

ကျောင်းသူ/သားနှင့် တော်စပ်ပုံ- ❑ မိဘ ❑ အခြား-_____

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: