



**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

**שאלון על שפת הבית (Home Language Questionnaire – HLQ)**

שם התלמיד:		
שם משפחה		
שם פרטי		
שם נוסף		
תאריך לידה:		
מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
שנה:		
יום		
חודש		
פרטי הורה או פטרוני:		
קרבה משפחתית לתלמיד		
שם פרטי		
שם משפחה		

הורה או פטרוני יקר:  
על מנת לספק לילדך את החינוך הטוב ביותר, עלינו לקבוע עד כמה הוא או היא מבין, דובר, קורא וכותב באנגלית, וכמו כן מהו הרקע הלימודי והפרטי שלו. אנא מלא את הסעיפים שלהלן תחת "רקע בשפה" ו"רקע לימודי". אנו מעריכים מאוד את עזרתך במענה על השאלות הללו. תודה רבה.

HOME LANGUAGE CODE

רקע בשפה (אנא סמן את כל מה שרלוונטי)	
1. באיזו שפה מדברים בביתו או מקום מגוריו של התלמיד?	<input type="checkbox"/> אנגלית <input type="checkbox"/> אחרת פרט
2. מהי השפה הראשונה שהילד שלך למד?	<input type="checkbox"/> אנגלית <input type="checkbox"/> אחרת פרט
3. מהי שפת הבית של כל אחד מההורים/אפוטרופוסים?	<input type="checkbox"/> הורה 1 <input type="checkbox"/> הורה 2 פרט פרט <input type="checkbox"/> אפוטרופוסים פרט
4. אילו שפה/שפות הילד שלך מבין?	<input type="checkbox"/> אנגלית <input type="checkbox"/> אחרת פרט
5. אילו שפה/שפות הילד שלך מדבר?	<input type="checkbox"/> אנגלית <input type="checkbox"/> אחרת <input type="checkbox"/> אינו מדבר פרט
6. אילו שפה/שפות הילד שלך קורא?	<input type="checkbox"/> אנגלית <input type="checkbox"/> אחרת <input type="checkbox"/> אינו קורא פרט
7. אילו שפה/שפות הילד שלך כותב?	<input type="checkbox"/> אנגלית <input type="checkbox"/> אחרת <input type="checkbox"/> אינו כותב פרט

**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

## שאלון על שפת הבית – עמ' 2

רקע לימודי
8. ציין את סך כל השנים בהן היה ילדך רשום כתלמיד בבית ספר _____
9. האם אתה סבור שעלולים להיות לילדך קשיים או מצבים המשפיעים על היכולת שלו להבין, לדבר, לקרוא או לכתוב באנגלית או בכל שפה אחרת? אם כן, אנא פרט. <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>כן* <input type="checkbox"/></span> <span>לא <input type="checkbox"/></span> <span>לא בטוח <input type="checkbox"/></span> </div> אם כן, אנא הסבר _____ עד כמה חמורים לדעתך קשיים אלו? <input type="checkbox"/> לא חמורים <input type="checkbox"/> חמורים למדי <input type="checkbox"/> חמורים מאוד
a10. האם הילד שלך <b>הופנה</b> אי פעם לאבחון של החינוך המיוחד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן* *בבקשה מלא את 10b שלהלן
b10. * <b>אם אכן הילד שלך הופנה לאבחון</b> , האם הוא/היא אי פעם <b>קיבל</b> שירותי חינוך מיוחד בעבר? <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> כן - סוג השרות שניתן _____
הגיל שבו ניתנו השירותים לילדך (אנא סמן את כל מה שרלוונטי) <input type="checkbox"/> מהלידה עד גיל שלוש (התערבות מוקדמת) <input type="checkbox"/> מגיל 3 עד גיל 5 (חינוך מיוחד) <input type="checkbox"/> גיל שש ומעלה (חינוך מיוחד) c10. האם לילד שלך יש תכנית לימודית מותאמת אישית (Individualized Education Program – IEP)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
11. האם יש פרט נוסף אשר לדעתך חשוב שבית הספר יידע על ילדך (לדוגמא, כישרונות מיוחדים, בעיות רפואיות, וכו') _____
12. באילו שפה/שפות תרצה לקבל מידע מבית הספר? _____

יום: \_\_\_\_\_ חודש: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת ההורה או פטרוני \_\_\_\_\_

הקרבה המשפחתית לתלמיד:  הורה  אחר: \_\_\_\_\_

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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>Mo. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>Mo. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	