



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

गृह भाषा प्रश्नावली (Home Language Questionnaire - HLQ)

प्रिय माता पिता या सम्बंधित अभिभावक:

आपके बच्चे को सबसे अच्छी संभव शिक्षा प्रदान करने के लिए, हमारे लिए पूर्व के स्कूल और व्यक्तिगत विवरण के साथ-साथ यह निर्धारित करना आवश्यक है कि वह अंग्रेजी कितनी अच्छी तरह से समझता, बोलता, पढ़ता और लिखता है। कृपया नीचे दिए गए भाषा की पृष्ठभूमि और शैक्षिक विवरण अनुभागों को पूरा करें। इन सवालों का जवाब देने में आपकी सहायता की काफी सराहना की जाती है। धन्यवाद।

<b>छात्र का नाम:</b>		
<i>प्रथम</i>	<i>मध्यम</i>	<i>आखिरी</i>
<b>जन्म तिथि:</b>		<b>लिंग</b>
		<input type="checkbox"/> पुरुष
<i>माह</i>	<i>दिन</i>	<i>वर्ष</i>
		<input type="checkbox"/> महिला
<b>माता-पिता/अभिभावक की जानकारी:</b>		
<i>अंतिम नाम</i>	<i>पहला नाम</i>	<i>छात्र के साथ संबंध</i>

HOME LANGUAGE CODE

भाषा पृष्ठभूमि

(लागू होने वाले खानों को ✓ करें)

1. छात्र के घर या निवास में कौन सी भाषा (एँ) बोली जाती हैं?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	_____
			<i>वर्णन कीजिए</i>
2. छात्र ने सबसे पहले कौन सी भाषा सीखी?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	_____
			<i>वर्णन कीजिए</i>
3. माता पिता / अभिभावक की गृह भाषा कौन सी है?	<input type="checkbox"/> माता-पिता	<input type="checkbox"/> माता-पिता	_____
	<input type="checkbox"/> अभिभावक		_____
			<i>वर्णन कीजिए</i>
4. छात्र कौन सी भाषा (एँ) समझता है?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	_____
			<i>वर्णन कीजिए</i>
5. छात्र कौन सी भाषा (एँ) बोलता है?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	_____ <input type="checkbox"/> बोलता नहीं है
			<i>वर्णन कीजिए</i>
6. छात्र कौन सी भाषा (एँ) पढ़ता है?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	_____ <input type="checkbox"/> पढ़ता नहीं है
			<i>वर्णन कीजिए</i>
7. छात्र कौन सी भाषा (एँ) लिखता है?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	_____ <input type="checkbox"/> लिखता नहीं है
			<i>वर्णन कीजिए</i>

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

## गृह भाषा प्रश्नावली (HLQ) – पृष्ठ दो

### शैक्षणिक विवरण

8. आपके बच्चे ने कुल कितने वर्षों से स्कूल में नामांकन किया है? \_\_\_\_\_

9. क्या आपको लगता है कि कोई कठिनाई या परिस्थिति छात्र को अंग्रेजी या किसी अन्य भाषा में लिखने, बोलने, समझने के लिए उसके या उसकी क्षमता को प्रभावित कर सकती है? यदि हाँ, उन्हें बताएं।  
 हाँ\*  नहीं  निश्चित नहीं  \*अगर हाँ है, कृपया वर्णन कीजिए: \_\_\_\_\_

आपके विचार में ये कठिनाईयां कितनी गंभीर हैं?  थोड़ी  कुछ हद तक गंभीर  बहुत गंभीर

10a. क्या छात्र को कभी अतीत में एक विशेष शिक्षा के मूल्यांकन के लिए भेजा गया?  नहीं  हाँ\* \* नीचे 10b को पूरा करें

10b. \*अगर मूल्यांकन के लिए भेजा गया है, तो क्या छात्र ने कभी अतीत में कोई विशेष शिक्षा प्राप्त की है?  
 नहीं  हाँ - प्राप्त सेवाएं: \_\_\_\_\_

सेवाएँ प्राप्त करते समय उम्र (लागू होने वाले खानों को ✓ करें):  
 जन्म से 3 साल (प्रारंभिक शिक्षा (Early Intervention))  3-5 वर्ष (विशेष शिक्षा)  6 साल या उससे अधिक (विशेष शिक्षा)

10c. छात्र के पास व्यक्तिगत शिक्षा योजना (Individualized Education Program - IEP) है?  नहीं  हाँ

11. क्या ऐसा कुछ और है जो आपके अनुसार स्कूल को आपके बच्चे के बारे में जानना महत्वपूर्ण है? (उदाहरण के लिए, विशेष प्रतिभा, स्वास्थ्य संबंधी चिंता, आदि)

12. आप स्कूल से जानकारी कौन सी भाषा (ओं) में प्राप्त करना चाहते हैं? \_\_\_\_\_

माह: \_\_\_\_\_ दिन: \_\_\_\_\_ साल: \_\_\_\_\_

माता पिता/ अभिभावक के हस्ताक्षर

तिथि

छात्र के साथ संबंध:  माता-पिता  अन्य: \_\_\_\_\_

### 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: