



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

Questionario Sulla Lingua Parlata in Casa (Home Language Questionnaire - HLQ)

*Gentile Genitore o Persona Facente Funzione di Genitore:
Per poter fornire a Suo/a figlio/a la migliore educazione possibile abbiamo bisogno di accertare sia quanto correttamente egli/ella capisce, parla, legge e scrive in Inglese, sia la precedente storia scolastica e personale. La preghiamo pertanto di completare i campi sottostanti intitolati Conoscenza Linguistica e Storia Scolastica. La ringraziamo per la Sua collaborazione.*

NOME DELLO STUDENTE:		
Nome Secondo Nome Cognome		
DATA DI NASCITA:		SESSO:
Mese	Giorno	Anno
		<input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile
GENITORE/PERSONA FACENTE FUNZIONE DI GENITORE:		
Cognome Nome Relazione con lo studente		

HOME LANGUAGE CODE

Conoscenza Linguistica (Si prega di barrare tutto quello che è pertinente.)	
1. Quale/i lingua/e è/sono parlata/e in casa o nella residenza dello studente?	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altro _____ <i>specificare</i>
2. Quale lingua Suo/a figlio/a ha imparato per prima?	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altro _____ <i>specificare</i>
3. Qual è la Lingua Parlata in Casa da ciascun genitore o tutore?	<input type="checkbox"/> Genitore 1 _____ <input type="checkbox"/> Genitore 2 _____ <i>specificare</i> <i>specificare</i> <input type="checkbox"/> Tutore(i) _____ <i>specificare</i>
4. Quale/i lingua/e capisce Suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altro _____ <i>specificare</i>
5. Quale/i lingua/e parla Suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Non parla <i>specificare</i>
6. Quale/i lingua/e legge Suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Non legge <i>specificare</i>
7. In quale/i lingua/e scrive Suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Non scrive <i>specificare</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	

Questionario Sulla Lingua Parlata in Casa (HLQ) - Pagina Due

Storia Scolastica

8. Indicare il numero totale di anni di iscrizione a scuola di Suo/a figlio/a _____
9. Pensa che Suo/a figlio/a possa avere qualche difficoltà o condizione che influisce sulla sua capacità di capire, parlare, leggere o scrivere in Inglese o qualsiasi altra lingua? Se sì, descrivere quale.
Sì* No Non sono sicuro/a
 *Se sì, per favore spiegare: _____
Secondo Lei quanto sono gravi queste difficoltà? Minime Abbastanza gravi Molto gravi
- 10a. In passato Suo/a figlio/a è mai stato/a indirizzato/a ad una valutazione per bisogni educativi speciali? No Sì*
**Compilare il campo 10b sottostante*
- 10b. *Se indirizzato/a ad una valutazione, Suo/a figlio/a in passato ha mai ottenuto qualche servizio relativo a bisogni educativi speciali?
 No Sì – Tipo di servizi ricevuti: _____
Età a cui i servizi sono stati ottenuti (*barrare tutto quello che è pertinente*):
 Nascita ai 3 anni (Prima Infanzia-Early Intervention) 3 ai 5 anni (Bisogni Educativi Speciali-Special Education)
 6 anni o oltre (Bisogni Educativi Speciali-Special Education)
- 10c. Suo/a figlio/a ha un Programma Educativo Individualizzato (Individualized Education Program o IEP)? No Sì
11. Pensa che ci sia qualcos'altro di importante che la scuola dovrebbe sapere riguardo Suo/a figlio/a? (*ad esempio, abilità particolari, problemi di salute, eccetera.*)
12. In quale lingua/e desidera ricevere le informazioni dalla scuola? _____

Mese: _____ Anno: _____

Firma del Genitore o Persona Facente Funzione di Genitore

Data

Relazione con lo studente: Genitore Altro: _____

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: