



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

가정언어 설문서(Home Language Questionnaire - HLQ)

학부모님 또는 부모님 역할을
하시는 보호자께:
저희들은 자녀들에게 최상의 교육을 제공하기
위해 학생들이 얼마나 영어를 이해하고
말하고 읽고 쓸 수 있는지와 과거 학업 및
개인 이력을 알아야 합니다. 아래에 언어
배경과 교육 배경을 밝혀주십시오. 아래
질문에 답해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

학생성명		
이름 (First) 성 (Last)		
생년월일:		성별:
월 /	일 /	년 /
부모/부모를 대신하는 사람 정보:		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
성 (Last Name) 이름 (First Name) 학생과의 관계		

HOME LANGUAGE CODE

언어 배경 (적용되는 것 전부 체크하십시오.)		
1. 학생의 가정에서 어떤 언어(들)로 말합니까?	<input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 그 외	구체적으로 기재
2. 학생이 제일 먼저 배운 언어는 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 그 외	구체적으로 기재
3. 학부모/보호자의 모국어는 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 부모님 1 <input type="checkbox"/> 부모님 2	구체적으로 기재 구체적으로 기재
	<input type="checkbox"/> 보호자	구체적으로 기재
4. 자녀는 어떤 언어(들)를 이해합니까?	<input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 그 외	구체적으로 기재
5. 자녀는 어떤 언어(들)로 말합니까?	<input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 그 외	<input type="checkbox"/> 말하지 못함 구체적으로 기재
6. 자녀는 어떤 언어(들)로 읽습니까?	<input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 그 외	<input type="checkbox"/> 읽지 못함 구체적으로 기재
7. 자녀는 어떤 언어(들)로 씁습니까?	<input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 그 외	<input type="checkbox"/> 쓰지 못함 구체적으로 기재

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

가정언어 설문서 (HLQ)—2 쪽

교육 배경

8. 학교에 총 몇 해를 다녔습니까? _____
9. 자녀가 영어나 다른 언어를 이해하고, 사용하고, 읽고, 쓰는 데 힘들거나, 힘들게 만드는 조건이 있다고 생각하십니까?
 “네”라고 하시면 설명해 주십시오.
 네* 아니요 잘 모릅니다
 *네'라고 하시면 설명하십시오: _____
 그러한 어려움이 얼마나 심각하다고 생각하십니까? 약간 좀 심함 아주 심함
- 10a. 전에 특수장애 교육 평가를 받도록 권고받았습니까? 아니요 네* *10b 를 기입하십시오.
- 10b. *평가를 권고 받았다면, 자녀가 특수장애 교육 서비스를 받은 적이 있습니까?
 아니요 네 - 어느유형의 서비스: _____
 서비스를 받은 나이(적용되는 것 전부를 체크하십시오):
 생후 3 년간(조기 중재 (Early Intervention)) 3 살부터 5 살까지(특수장애교육) 6 살 이상(특수장애교육)
- 10c. 자녀는 개별교육 프로그램(Individualized Education Program - IEP)을 이용하고 있습니까? 아니요 네
11. 학교가 자녀에 대해서 알아야 한다고 생각하시는 것은 또 무엇이 있습니까? (예: 특기, 건강 사항 등)
12. 학교로부터 받는 정보는 어떤 언어(들)로 받기를 원하십니까? _____

월: 일: 년:

학부모나 학부모를 대신하는 사람의 서명

날짜

학생과 관계: 부모님 그 외: _____

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: