



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

घरेलु भाषा प्रश्नावली (Home Language Questionnaire - HLQ)

आदरणीय अभिभावक वा अभिभावकीय सम्बन्ध भएको व्यक्ति:
तपाईंको बच्चा/लाई सबै भन्दा राम्रो शिक्षा प्रदान गर्न उसको पूर्व स्कूल र व्यक्तिगत इतिहास सहित कति राम्रो अंग्रेजी बुझ्छन्, कति बोल्छन् लेख्छन् निर्धारण गर्न आवश्यक छ। कृपया तलको भाषा पृष्ठभूमि र शैक्षिक इतिहासका वर्गहरू पूरा गर्नुहोस्। यी प्रश्नहरूको उत्तरको लागि तपाईंको सहयोग गुणग्राहि छ। धन्यवाद।

विद्यार्थीको नाम:		
पहिलो	मध्य	अन्तिम
जन्म मिति:		लिङ्गः
महिना	दिन	सात
		<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
अभिभावक / अभिभावक सम्बन्धको व्यक्तिको जानकारी:		
अन्तिम नाम	पहिलो नाम	विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध

HOME LANGUAGE CODE

भाषा पृष्ठभूमि

(लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्!)

१. विद्यार्थीको घर वा निवासमा कुन भाषा (हरू) बोलिन्छ?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	स्पष्ट पार्नुहोस्
२. तपाईंको बच्चा/ले सिकेको पहिलो भाषा के थियो?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	स्पष्ट पार्नुहोस्
३. प्रत्येक आमाबुबा / अभिभावकको घरेलु भाषा के हो?	<input type="checkbox"/> अभिभावक 1	<input type="checkbox"/> अभिभावक 2	स्पष्ट पार्नुहोस्
	<input type="checkbox"/> अभिभावक		स्पष्ट पार्नुहोस्
४. तपाईंको बच्चा/ले कुन भाषा (हरू) बुझ्ने गर्छन्?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	स्पष्ट पार्नुहोस्
५. तपाईंको बच्चा/ले कुन भाषा (हरू) बोल्ने गर्छन्?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> बोल्न सक्दैन स्पष्ट पार्नुहोस्
६. तपाईंको बच्चा/ले कुन भाषा (हरू) पढ्ने गर्छन्?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> पढ्न सक्दैन स्पष्ट पार्नुहोस्
७. तपाईंको बच्चा/ले कुन भाषा (हरू) लेख्ने गर्छन्?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> लेख्न सक्दैन स्पष्ट पार्नुहोस्

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

घरेलु भाषा प्रश्नावली (HLQ) - पृष्ठ दुई

शैक्षिक इतिहास

८. तपाईंको बच्चा स्कूलमा भर्ना गरिएको कति वर्ष भएको छ त्यो कुल संख्या उल्लेख गर्नुहोस् _____

९. तपाईंलाई आफ्नो बच्चामा कठिनाइहरू वा अंग्रेजी वा कुनै पनि अन्य भाषा पढ्ने, लेख्ने, बोल्ने र बुझ्ने क्षमतामा असर गर्ने अवस्थाहरू हुन सक्छ जस्तो लाग्छ? लाग्छ भने तिनीहरूको वर्णन गर्नुहोस्।

हो* होइन निश्चित छैन

*हो भने वर्णन गर्नुहोस्: _____

तपाईंलाई यी कठिनाइहरू कति गम्भीर छन् जस्तो लाग्छ? साधारण केही हदसम्म गम्भीर धेरै गम्भीर

१०a. तपाईंको बच्चालाई कहिल्यै विगतमा विशेष शिक्षा मूल्याङ्कनका लागि उल्लेख गरिएको थियो? थिएन थियो*

* कृपया तलको १०b पूरा गर्नुहोस्

१०b. *यदि मूल्याङ्कनका लागि उल्लेख गरिएको थियो भने, तपाईंको बच्चाले कहिल्यै विगतमा कुनै पनि विशेष शिक्षा सेवा प्राप्त गरेका थिए?

थिएन थिए -प्राप्त सेवाहरूका प्रकार: _____

सेवाहरू प्राप्त गरेको उमेर (लागू सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

जन्म देखि ३ वर्ष (प्रारम्भिक हस्तक्षेप (Early Intervention)) ३ देखि ५ वर्ष (विशेष शिक्षा)

६ वर्ष वा ठुला (विशेष शिक्षा)

१०c. तपाईंको बच्चा व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (Individualized Education Program - IEP) मा छन्? छैनन् छन

११ अरु तपाईंलाई तपाईंको बच्चाको बारेमा स्कूलले जान्न महत्वपूर्ण केही छ जस्तो लाग्छ? (उदाहरण, विशेष प्रतिभा, स्वास्थ्य समस्या, आदि)

१२. तपाईं स्कूलबाट कुन भाषा (हरूमा) जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ? _____

महिना: _____ दिन: _____ साल: _____

अभिभावक वा अभिभावकको सम्बन्धमा रहेको व्यक्तिको हस्ताक्षर

मिति

विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध: अभिभावक 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: