



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

Kwestionariusz dot. języka ojczystego (Home Language Questionnaire – HLQ)

Szanowny Rodzicu lub Opiekunie!  
Aby zapewnić Twojemu dziecku jak najlepszy poziom edukacji, musimy ustalić, jak dobrze ono rozumie, mówi i pisze po angielsku, a także przebieg jego edukacji i życia osobistego. Prosimy wypełnić poniższe części zatytułowane Przygotowanie językowe i Przebieg dotychczasowej edukacji. Będziemy bardzo wdzięczni za udzielenie odpowiedzi na zawarte w nich pytania. Dziękujemy.

<b>IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ:</b>		
Imię	Drugie imię	Nazwisko
<b>DATA URODZENIA:</b>		<b>PŁEĆ:</b>
Miesiąc	Dzień	Rok
		<input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska
<b>INFORMACJE O RODZICU/OPIEKUNIE:</b>		
Nazwisko	Imię	Powiązanie z uczniem

HOME LANGUAGE CODE

**Przygotowanie językowe**

(prosimy zaznaczyć pozycje, które mają zastosowanie)

1. W jakim języku (językach) mówi się w domu lub miejscu zamieszkania ucznia?	<input type="checkbox"/> Język angielski	<input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i>	
2. Jaki był pierwszy język, którego dziecko się nauczyło?	<input type="checkbox"/> Język angielski	<input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i>	
3. Jaki jest język ojczysty każdego z rodziców/opiekunów?	<input type="checkbox"/> Rodzic 1 _____ <i>podać</i>	<input type="checkbox"/> Rodzic 2 _____ <i>podać</i>	
	<input type="checkbox"/> Opiekun (Opiekunowie) _____ <i>podać</i>		
4. Jaki język (języki) Twoje dziecko rozumie?	<input type="checkbox"/> Język angielski	<input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i>	
5. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie mówić?	<input type="checkbox"/> Język angielski	<input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i>	<input type="checkbox"/> Nie umie mówić
6. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie czytać?	<input type="checkbox"/> Język angielski	<input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i>	<input type="checkbox"/> Nie umie czytać
7. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie pisać?	<input type="checkbox"/> Język angielski	<input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i>	<input type="checkbox"/> Nie umie pisać

**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

## Kwestionariusz dot. języka ojczystego (HLQ) – druga strona

### Przebieg dotychczasowej edukacji

8. Proszę podać łączną liczbę lat, w ciągu których dziecko uczęszczało do szkoły \_\_\_\_\_

9. Czy uważasz, że Twoje dziecko może mieć jakieś trudności lub napotkać warunki, które mogą wpłynąć na jego umiejętność rozumienia, mówienia, czytania lub pisania w języku angielskim lub w jakimkolwiek innym? Jeżeli tak, prosimy je opisać.

**Tak\***   **Nie**   **Być może**

        \*Jeżeli tak, prosimy wyjaśnić: \_\_\_\_\_

Twoim zdaniem, na ile te trudności są poważne?    Niezbyt poważne    Raczej poważne    Bardzo poważne

10a. Czy Twoje dziecko było kiedykolwiek skierowane do oceny pod kątem potrzeby edukacji specjalnej?    Nie    Tak\*  
\*Prosimy wypełnić 10b poniżej

10b. \*Jeżeli było skierowane do takiej oceny, czy Twoje dziecko kiedykolwiek uczestniczyło w dowolnej formie edukacji specjalnej?  
 Nie    Tak – Rodzaj tej edukacji: \_\_\_\_\_

Wiek, w którym dziecko przechodziło edukację specjalną (prosimy zaznaczyć wszystkie stosowne opcje):

Od urodzenia do 3 lat (wczesna interwencja (Early Intervention))    3 do 5 lat (edukacja specjalna)  
 6 lub więcej lat (edukacja specjalna)

10c. Czy Twoje dziecko podlega programowi edukacji indywidualnej (Individualized Education Program - IEP)?    Nie    Tak

11. Czy są inne kwestie dotyczące Twego dziecka, o których Twoim zdaniem szkoła powinna zostać powiadomiona? (np. specjalne uzdolnienia, problemy zdrowotne itp.)

12. W jakim języku (językach) chcesz otrzymywać powiadomienia ze szkoły? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica lub opiekuna dziecka

\_\_\_\_\_  
Miesiąc:   Dzień:   Rok:

\_\_\_\_\_  
Data

Powiązanie z uczniem    Rodzic    Inne: \_\_\_\_\_

#### 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: