



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

Questionário sobre o idioma utilizado em casa (Home Language Questionnaire - HLQ)

Prezados pai, mãe ou tutor:
A fim de proporcionar a melhor educação possível para seu filho(a), precisamos determinar os níveis de conhecimento da língua nas 4 habilidades: Ouvir, Ler, Falar e Escrever, assim como seu histórico escolar. Por favor, preencha os campos abaixo com informações sobre conhecimento de idioma e histórico escolar de seu filho(a). Obrigado por concordar em responder a este questionário.
Muito obrigado(a).

NOME DO ALUNO:		
Nome	Nome do meio	Sobrenome
DATA DE NASCIMENTO:		SEXO:
		<input type="checkbox"/> Masculino
Mês	Dia	Ano
<input type="checkbox"/> Feminino		
INFORMAÇÃO DO PAI, MÃE/TUTOR:		
Sobrenome	Nome	Grau de Parentesco

HOME LANGUAGE CODE

Conhecimento de idiomas
(Marque a opção aplicável.)

1. Que idioma(s) é(são) falado(s) em sua casa?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	especifique
2. Qual foi o primeiro idioma que seu filho(a) aprendeu a falar?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	especifique
3. Quais são os idiomas nativos do pai, mãe ou tutor?	<input type="checkbox"/> Pai ou Mãe 1	_____	<input type="checkbox"/> Pai ou Mãe 2	_____
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____		especifique
4. Qual idioma(s) seu filho(a) compreende?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	especifique
5. Qual idioma(s) seu filho(a) fala?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<input type="checkbox"/> Não fala
6. Qual idioma(s) seu filho(a) lê?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<input type="checkbox"/> Não lê
7. Em qual idioma(s) seu filho(a) escreve?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<input type="checkbox"/> Não escreve

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

Questionário sobre a língua utilizada em casa (HLQ em inglês) – Página 2

Formação Acadêmica

8. Quantos anos seu filho(a) frequenta a escola? _____

9. Você acha que seu filho(a) apresenta dificuldades ou problemas específicos que afetam sua capacidade de compreender, falar, ler e escrever em inglês ou em qualquer outro idioma? Se sim, favor descrevê-los.

Sim* Não Não tenho certeza

 *Se sim, por favor explique: _____

Na sua opinião, quão severas são essas dificuldades? Pouco grave Grave Muito grave

10a. Alguma vez o seu filho(a) já foi encaminhado para uma avaliação de educação especial ? Não Sim*

**Favor completar o campo 10b abaixo*

10b. **Se respondeu sim na questão anterior*, o seu filho(a) já recebeu algum tipo de serviço de educação especial?

Não Sim – Que tipo de serviço(s) o seu filho(a) já recebeu: _____

A idade em que o serviço(s) foi recebido (*Marque a opção aplicável*):

Do nascimento aos 3 anos (Intervenção Precoce) 3 aos 5 anos (Educação Especial)

6 anos ou mais (Educação Especial)

10c. Seu filho(a) tem um Programa de Educação Individualizada (Individualized Education Program IEP em inglês)? Não Sim

11. Existe alguma outra coisa sobre seu filho(a) que seria importante a escola saber? (*p.ex., talentos especiais, preocupações com a saúde, etc.*)

12. Em qual(is) idioma(s) você deseja receber informações da escola? _____

Mês: Dia: Ano: _____

Assinatura dos Pais/Tutores

Data

Grau de Parentesco: Mãe ou Pai Outro: _____

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: