



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

ਘਰ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ (Home Language Questionnaire - HLQ)

ਪਿਆਰੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਪੇਰੈਂਟਲ ਰਿਲੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ
ਵਿਅਕਤੀ: ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਵਧੀਆ ਸੰਭਵ ਸਿੱਖਿਆ
ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਨ
ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਕਿੰਨੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨੂੰ
ਸਮਝਦਾ ਹੈ, ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਪੜ੍ਹਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਿਖਦਾ ਹੈ
ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ
ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਸਲਾਘਾ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ:		
ਪਹਿਲਾ	ਮਿਡਲ	ਆਖਰੀ
ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ:		ਲਿੰਗ
		<input type="checkbox"/> ਪੁਰਸ਼
		<input type="checkbox"/> ਇਸਤਰੀ
ਮਹੀਨਾ	ਦਿਨ	ਸਾਲ
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ:		
ਆਖਰੀ ਨਾਮ	ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ

HOME LANGUAGE CODE

ਭਾਸ਼ਾ ਪਿਛੋਕੜ

(ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਉਹਨਾਂ ਸਭ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

1. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਘਰ ਜਾਂ ਰਿਹਾਇਸ਼ 'ਚ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	_____	ਦੱਸੋ
2. ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੇ ਪਹਿਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਿੱਖੀ ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	_____	ਦੱਸੋ
3. ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਘਰ ਵਿੱਚ ਬੋਲੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਮਾਪੇ 1	<input type="checkbox"/> ਮਾਪੇ 2	_____	ਦੱਸੋ
	<input type="checkbox"/> ਸਰਪ੍ਰਸਤ		_____	ਦੱਸੋ
4. ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕਿਹੜੀ (ਕਿਹੜੀਆਂ) ਭਾਸ਼ਾ(ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ) ਦੀ ਸਮਝ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	_____	ਦੱਸੋ
5. ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਕਿਹੜੀ (ਕਿਹੜੀਆਂ) ਭਾਸ਼ਾ(ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ) ਬੋਲਦਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	_____	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਬੋਲਦਾ
6. ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਕਿਹੜੀ (ਕਿਹੜੀਆਂ) ਭਾਸ਼ਾ(ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ) ਪੜ੍ਹਦਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	_____	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਪੜ੍ਹਦਾ
7. ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਕਿਹੜੀ (ਕਿਹੜੀਆਂ) ਭਾਸ਼ਾ(ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ) ਲਿਖਦਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	_____	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਲਿਖਦਾ

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

ਘਰ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ (HLQ) ਸਫ਼ਾ ਦੇ

ਵਿੱਦਿਅਕ ਇਤਿਹਾਸ

8. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਦਾਖਲ ਹੈ? _____
9. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਮੁਸ਼ਕਲ ਜਾਂ ਹਾਲਾਤ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ, ਲਿਖਣ, ਬੋਲਣ ਜਾਂ ਸਮਝਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ
 ਹਾਂ* ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਨਹੀਂ
 * ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ _____
 ਇਹ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਕਿੰਨੀਆਂ ਗੰਭੀਰ ਹਨ? ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਗੰਭੀਰ ਬਹੁਤ ਗੰਭੀਰ
- 10a. ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਕਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ ਲਈ ਪੜਤਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ* * ਹੇਠ 10 b ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ
- 10b. * ਜੇ ਪੜਤਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੇ ਕਦੇ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ?
 ਨਹੀਂ ਹਾਂ - ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸੇਵਾ: _____
 ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਉਮਰ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੇ ਖਾਨਿਆਂ ਨੂੰ ਚੁਣੋ)
 ਜਨਮ ਤੋਂ 3 ਸਾਲ (ਅਰਲੀ ਇੰਟਰਵੈਂਸ਼ਨ) 3- 5 ਸਾਲ (ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ) 6 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ (ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ)
- 10c. ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕੋਲ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (IEP) ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ
11. ਕੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਸਕੂਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ? (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਖਾਸ ਹੁਨਰ, ਸਿਹਤ, ਆਦਿ)
12. ਤੁਸੀਂ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਕਿਸ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? _____

ਮਹੀਨਾ: ਦਿਨ: ਸਾਲ:

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਮਿਤੀ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: ਮਾਪੇ ਹੋਰ: _____

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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ Mo DAY YR.	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: _____	