

Анкета о родном языке (HLQ) — вторая страница

Сведения об образовании	
8.	Укажите общее количество лет, на протяжении которых Ваш ребенок посещал школу _____
9.	Считаете ли Вы, что у Вашего ребенка есть какие-нибудь трудности или обстоятельства, влияющие на его или ее способность понимать, разговаривать, читать или писать по-английски или на каком-нибудь другом языке? Если да, опишите их. Да* Нет Не уверен <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *Если да, пожалуйста объясните: _____ Как Вы думаете, насколько серьезны эти трудности? <input type="checkbox"/> Незначительны <input type="checkbox"/> В какой-то степени <input type="checkbox"/> Очень серьезны
10а.	Направляли ли Вашего ребенка когда-либо в прошлом для оценки в получении специального обучения? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да* *Пожалуйста, заполните 10б внизу
10б.	*Если направляли, получал ли Ваш ребенок когда-нибудь какие-либо услуги специального образования в прошлом? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да – Вид полученных услуг: _____ В каком возрасте были получены услуги (пожалуйста, отметьте все нужное): <input type="checkbox"/> с рождения до 3 лет (Помощь на ранней стадии (Early Intervention)) <input type="checkbox"/> с 3 до 5 лет (Специальное образование) <input type="checkbox"/> с 6 лет или старше (Специальное образование)
10в.	Есть ли у Вашего ребенка Индивидуальная программа образования (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
11.	Существует еще что-нибудь, что Вы считаете важным для школы знать о Вашем ребенке? (т.е. особые таланты, проблемы со здоровьем, и т.д.)
12.	На каком языке Вы хотели бы получать информацию из школы? _____

Месяц: _____ День: _____ Год: _____

_____ *Подпись родителя или Лица, имеющего родительские отношения* *Дата*

Отношение к ученику: Родитель Иное лицо: _____

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: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	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: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	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:	