



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

Анкета про рідну мову (Home Language Questionnaire - HLQ)

Шановний батько/мати або особа, яка має родинні відносини:
Для того щоб забезпечити вашій дитині найкращу освіту, потрібно визначити, наскільки добре вона розуміє, розмовляє, читає і пише англійською мовою, а також дізнатися про її попереднє навчання та особисту історію. Будь ласка, заповніть нижче розділи під назвами «Мовне Середовище» і «Навчальна Історія». Ми високо цінуємо вашу допомогу у відповіді на ці питання Дякуємо.

ІМ'Я СТУДЕНТА:		
Ім'я	По батькові	Прізвище
ДАТА НАРОДЖЕННЯ:		СТАТЬ:
		<input type="checkbox"/> чоловіча
		<input type="checkbox"/> жіноча
Місяць	День	Рік
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОДНОГО З БАТЬКІВ АБО ОСОБУ, ЯКА МАЄ РОДИННІ ВІДНОСИНИ:		
Прізвище	Ім'я	Родинні відносини

HOME LANGUAGE CODE

Мовне Середовище

(Будь ласка, відзначте все, що до нього відноситься.)

1. Якою мовою (якими мовами) розмовляють вдома в учня або в місці його постійного проживання?	<input type="checkbox"/> англійською	<input type="checkbox"/> іншою	_____	уточніть
2. Якою мовою дитина оволоділа спочатку?	<input type="checkbox"/> англійською	<input type="checkbox"/> іншою	_____	уточніть
3. Яка мова є рідною для кожного батька/ опікуна?	<input type="checkbox"/> для матері/батька	_____	<input type="checkbox"/> для матері/батька	_____
	<input type="checkbox"/> Для опікуна(ів)	_____		уточніть
4. Яку мову (які мови) розуміє ваша дитина?	<input type="checkbox"/> англійську	<input type="checkbox"/> іншу	_____	уточніть
5. Якою мовою (якими мовами) розмовляє ваша дитина?	<input type="checkbox"/> англійською	<input type="checkbox"/> іншою	_____	<input type="checkbox"/> Не розмовляє
			уточніть	
6. Якою мовою (якими мовами) може читати ваша дитина?	<input type="checkbox"/> англійською	<input type="checkbox"/> іншою	_____	<input type="checkbox"/> Не читає
			уточніть	
7. Якою мовою (якими мовами) пише ваша дитина	<input type="checkbox"/> англійською	<input type="checkbox"/> іншою	_____	<input type="checkbox"/> Не може писати
			уточніть	

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

Анкета про рідну мову (HLQ) — друга сторінка

Історія Навчання

8. Вкажіть загальну кількість років, що ваша дитина була зарахована в школі _____

9. Чи ви вважаєте, що ваша дитина має будь-які труднощі, які зможуть вплинути на її здатність розуміти, розмовляти, читати та писати або англійською, або будь-якою іншою мовою? Якщо так, будь ласка, опишіть їх.
Так* **Ні** **Не впевнений** * Якщо так, будь ласка, опишіть _____

На ваш погляд, наскільки серйозними можуть бути ці труднощі? Незначні Помірно серйозні Дуже серйозні

10a. Чи була в минулому ваша дитина направлена на проходження тестів перевірки для визначення, чи має вона право на спеціальні освітні послуги? Ні Так* * Будь ласка, заповніть нижче 10b

10b. *Якщо ваша дитина була направлена на проходження тестів, чи одержувала вона в минулому спеціальні освітні послуги?
 Ні Так – Тип отриманих послуг: _____

Яким був вік вашої дитини, коли вона отримувала спеціальні навчальні послуги (Будь ласка, вкажіть все, що відноситься до вашої дитини):
 Від народження до 3 років (Раннє Втручання) Від 3 to 5 років (Спеціальне Навчання)
 Від 6 років і старше (Спеціальне Навчання)

10c. Чи має ваша дитина Індивідуальну Навчальну Програму (IEP)? Ні Так

11. Чи є яка-небудь додаткова інформація про вашу дитину, що може бути важливою для школи? (наприклад, особливі таланти дитини, проблеми зі здоров'ям та інше)

12. Якою мовою (якими мовами) ви б хотіли отримувати інформацію зі школи? _____

Місяць: _____ День: _____ Рік: _____
Дата

Підпис одного із батьків або іншої особи, яка має родинні відносини

Відносини цієї особи до учня: Матір/Батько Інше: _____

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: _____ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

Mo. DAY YR.

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: