



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

گھریلو زبان کے بارے میں سوالنامہ (ایچ ایل کیو) (Home Language Questionnaire - HLQ)

طالب علم کا نام:	
نام کا پہلا حصہ	نام کا درمیان والا حصہ
نام کا آخری حصہ	نام کا آخری حصہ
تاریخ پیدائش:	جنس:
ماہ	دن
سال	مرد <input type="checkbox"/>
	عورت <input type="checkbox"/>
والدین / والدینی رشتہ دار کے بارے میں معلومات:	
نام کا آخری حصہ	نام کا پہلا حصہ
طالب علم کے ساتھ تعلق	طالب علم کے ساتھ تعلق

عزیز والدین یا والدینی رشتے کے فرد:
آپ کے لڑکے / لڑکی کو ممکنہ بہترین تعلیم دینے کے لیے ہمیں یہ تعین کرنے کی ضرورت ہے کہ وہ کتنی اچھی طرح سے انگلش سمجھتا / سمجھتی ، بولتا / بولتی، پڑھتا/پڑھتی اور لکھتا / لکھتی ہے اور پہلی اسکول اور شخصی ہسٹری کیا ہے۔ مہربانی کر کے درج ذیل سیکشن زبان کا پس منظر اور تعلیمی ہسٹری کو مکمل کریں۔ ان سوالات کے جوابات دینے میں آپ کی مدد نہایت قابل ستائش ہے۔
آپ کا شکریہ

HOME LANGUAGE CODE

زبان کا پس منظر

(مہربانی کر کے ہر متعلقہ سوال کا جواب دیں)

1. طالب علم کے گھر / رہائش میں کون سی زبان / زبانیں بولی جاتی ہیں؟	<input type="checkbox"/> انگلش	<input type="checkbox"/> دوسری	وضاحت کریں
2. وہ پہلی زبان کون سی تھی جو آپ کے بچے نے سیکھی تھی؟	<input type="checkbox"/> انگلش	<input type="checkbox"/> دوسری	وضاحت کریں
3. دونوں والد اور والدہ/سرپرست کی گھریلو زبان کون سی ہے؟	<input type="checkbox"/> والد/والدہ 1	<input type="checkbox"/> والد/والدہ 2	وضاحت کریں
	<input type="checkbox"/> سرپرست		وضاحت کریں
4. آپ کا بچہ کون سی زبان / زبانیں سمجھتا ہے؟	<input type="checkbox"/> انگلش	<input type="checkbox"/> دوسری	وضاحت کریں
5. آپ کا بچہ کون سی زبان / زبانیں بولتا ہے؟	<input type="checkbox"/> انگلش	<input type="checkbox"/> دوسری	وضاحت کریں
6. آپ کا بچہ کون سی زبان / زبانیں پڑھتا ہے؟	<input type="checkbox"/> انگلش	<input type="checkbox"/> دوسری	وضاحت کریں
7. آپ کا بچہ کون سی زبان / زبانیں لکھتا ہے؟	<input type="checkbox"/> انگلش	<input type="checkbox"/> دوسری	وضاحت کریں

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

گھریلو زبان کے بارے میں سوالنامہ (ایچ ایل کیو) (HLQ) — 2 صفحہ

تعلیمی ہسٹری

8. آپکا بچہ کُل کتنے سالوں سے اسکول میں داخل ہے نشاندہی کریں _____

9. آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کے لڑکے / لڑکی کو کسی بھی مشکلات یا حالات کا سامنا ہے جو اس کی انگریزی یا کوئی بھی دوسری زبان سمجھنے، بولنے، پڑھنے اور لکھنے کی صلاحیت پر اثر انداز ہو رہے ہیں؟ اگر اس کا جواب ہاں ہے تو مہربانی کر کے ان کی وضاحت کریں۔
ہاں * نہیں یقین نہیں * اگر اس کا جواب ہاں ہے تو مہربانی کر کے ان کی وضاحت: _____

10a. کیا آپ کو ماضی میں کبھی بھی خاص تعلیم کی تشخیص کرنے کے لیے ریفر کیا گیا تھا؟ ہاں * نہیں * (مہربانی کر کے ذیل میں 10b مکمل کریں)

10b. اگر تشخیص کے لیے بھیجا گیا تھا تو کیا آپ کے بچے نے کبھی ماضی میں خاص تعلیم کی سروس حاصل کی؟
 ہاں - جو سروس حاصل کی گئی اس کی قسم: _____
وہ عمر جس میں سروسز حاصل کی گئیں (مہربانی کر کے تمام کو نوٹ کریں جو متعلقہ ہیں):
 پیدائش سے تین سال تک (ابتدائی مداخلت) تین سے پانچ سال تک (خاص تعلیم) چھ سال یا اس سے زیادہ (خاص تعلیم)

10c. کیا آپ کے بچے کو انفرادی تعلیمی پروگرام (Individualized Education Program - IEP) کے لیے چنا گیا تھا؟ ہاں نہیں

11. کیا آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کے بچے کے بارے میں مزید کچھ ہے جس کا جاننا اسکول کی لیے اہم ہے۔ (مثلاً خاص ذہانت، صحت کے بارے میں خدشات وغیرہ)

12. اسکول کی طرف سے آپ کس زبان میں معلومات حاصل کرنا چاہیں گے؟ _____

سال

دن

ماہ

تاریخ

والدین یا والدینی رشتہ دار کے دستخط

طالب علم کے ساتھ رشتہ: والد/والدہ دوسرا: _____

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: