



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

Bảng Thăm Dò Ngôn Ngữ Nói Thường Ngày Trong Nhà (Home Language Questionnaire - HLQ)

Thưa Phụ Huynh hoặc Người Có Quan Hệ như Cha Mẹ:
Nhằm cung cấp cho con em quý vị một nền giáo dục tốt nhất có thể, chúng tôi cần phải xác định trình độ hiểu, nói, đọc và viết tiếng Anh cũng như cần biết về quá trình học và lý lịch cá nhân của các em. Xin vui lòng điền thông tin vào các phần dưới đây, với tựa đề Ngôn Ngữ Cơ Bản và Quá Trình Học Vấn. Chúng tôi đánh giá cao sự hỗ trợ của quý vị trong việc trả lời những câu hỏi này. Xin cảm ơn quý vị.

TÊN HỌC SINH:		
Tên	Chữ Lót	Họ
NGÀY SINH:		GIỚI TÍNH:
Tháng	Ngày	Năm
		<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
THÔNG TIN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI CÓ QUAN HỆ NHƯ CHA MẸ:		
Họ	Tên	Mối quan hệ với Học sinh

HOME LANGUAGE CODE

Ngôn Ngữ Cơ Bản

(Xin vui lòng chọn tất cả những câu trả lời phù hợp.)

1. (Những) Ngôn ngữ nào thường được nói trong nhà hoặc nơi cư trú của học sinh?	<input type="checkbox"/> Anh Ngữ	<input type="checkbox"/> Tiếng Khác	_____	<i>nêu rõ</i>
2. Ngôn ngữ đầu tiên con em quý vị nói là gì?	<input type="checkbox"/> Anh Ngữ	<input type="checkbox"/> Tiếng Khác	_____	<i>nêu rõ</i>
3. Ngôn ngữ mà mỗi phụ huynh/giám hộ Nói ở Nhà là gì?	<input type="checkbox"/> Cha/Mẹ 1	<input type="checkbox"/> Cha/Mẹ 2	_____	<i>nêu rõ</i>
	<input type="checkbox"/> Giám hộ		_____	<i>nêu rõ</i>
4. (Những) Ngôn ngữ nào con em hiểu được?	<input type="checkbox"/> Anh Ngữ	<input type="checkbox"/> Tiếng Khác	_____	<i>nêu rõ</i>
5. (Những) Ngôn ngữ nào con em nói được?	<input type="checkbox"/> Anh Ngữ	<input type="checkbox"/> Tiếng Khác	_____	<input type="checkbox"/> Không nói được
6. (Những) Ngôn ngữ nào con em đọc được?	<input type="checkbox"/> Anh Ngữ	<input type="checkbox"/> Tiếng Khác	_____	<input type="checkbox"/> Không đọc được
7. (Những) Ngôn ngữ nào con em viết được?	<input type="checkbox"/> Anh Ngữ	<input type="checkbox"/> Tiếng Khác	_____	<input type="checkbox"/> Không viết được

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

Bảng Thăm Dò Ngôn Ngữ Nói Thường Ngày Trong Nhà - Trang 2

Quá Trình Học Vấn

8. Cho biết tổng số năm mà con em quý vị đã ghi danh vào trường _____

9. Quý vị có nghĩ rằng con em mình có thể có bất kỳ khó khăn hoặc tình trạng gì ảnh hưởng đến khả năng của em trong việc hiểu, nói, đọc hoặc viết bằng tiếng Anh hoặc bất kỳ ngôn ngữ nào khác? Nếu có, xin vui lòng mô tả.

Có * Không Không chắc chắn

 *Nếu có, xin giải thích: _____

Quý vị nghĩ những khó khăn này nghiêm trọng như thế nào? Không nghiêm trọng Hơi nghiêm trọng Rất nghiêm trọng

10a. Con em quý vị có bao giờ được chuyển tiếp để thăm định giáo dục đặc biệt trong quá khứ chưa? Không Có*
** Xin vui lòng điền phần 10b dưới đây*

10b. *Nếu đã từng được chuyển tiếp để thăm định, con em quý vị đã bao giờ nhận được bất kỳ dịch vụ giáo dục đặc biệt nào trong quá khứ chưa?

Không Có – Loại dịch vụ nhận được: _____

Tuổi khi em nhận các dịch vụ (xin vui lòng chọn tất cả những câu trả lời phù hợp):

Sơ sinh đến 3 tuổi (Can Thiệp Sớm) 3-5 tuổi (Giáo Dục Đặc Biệt) 6 tuổi trở lên (Giáo Dục Đặc Biệt)

10c. Con em quý vị có một Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (Individualized Education Program - IEP) hay không? Không Có

11. Có bất cứ điều gì khác quý vị nghĩ là quan trọng mà nhà trường cần biết về con em mình không? (ví dụ như, tài năng đặc biệt, mối lo ngại về sức khỏe, v.v.)

12. Quý vị muốn nhận được thông tin từ trường học bằng ngôn ngữ nào? _____

Tháng: _____ Ngày: _____ Năm: _____

 Chữ ký của Phụ Huynh hoặc Người có Quan Hệ như Cha Mẹ

 Ngày

Mối quan hệ với học sinh: Mẹ/Cha Người khác: _____

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: