



Office of Bilingual Education and World Languages

Hanson Place, Room 594 55
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

Washington Avenue, Room 528EB 89
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

היים שפראך אנקעטע (Home Language Questionnaire - HLQ)

תלמיד נאמען:		
ערשטע	מיטל	לעצטע
טאג פון געבורט:		דזשענדער:
זכר <input type="checkbox"/>	טאג	נקבה <input type="checkbox"/>
יאר	חודש	
עלטערן/ מענטש אין אלטערן ראלע אינפארמאציע:		
לעצטע נאמען	ערשטע נאמען	שייכות צום תלמיד

טייערע עלטערן אדער מענטש אין מענטש אין עלטערן ראלע:
כדי צו צושטעלן די בעסטע עדוקאציע וואס איז נאר מעגלעך פאר דיין קינד, דארפן מיר באשליסן ווי גוט ער אדער זי פארשטייט, רעדט, לייענט און שרייבט אין ענגליש, ווי אויך פריערדיקע שולע און פערזענלעכע היסטארי. ביטע אויספילן די חלקים אונטן אנגערופן שפראך הינטערגרונט און עדוקאציע היסטארי. דיין הילף אין ענטפערן די שאלות איז זייער אפרישיאייטעד. א דאנק.

HOME LANGUAGE CODE

שפראך הינטערגרונט (ביטע טשעק אלע וואס זיינען שייך.)			
1. וועלכע שפראך(ן) ווערט/ווערן גערעדט אין דער תלמיד'ס היים אדער ווינארט?	<input type="checkbox"/> ענגליש	<input type="checkbox"/> אנדערע	ספעציפירט _____
2. וואס איז געווען דער ערשטער שפראך דיין קינד האט געלערנט?	<input type="checkbox"/> ענגליש	<input type="checkbox"/> אנדערע	ספעציפירט _____
3. וואס איז די היים שפראך פון ביידע עלטערן/גארדיאן?	<input type="checkbox"/> טאטע/ מאמע	<input type="checkbox"/> טאטע/ מאמע	ספעציפירט _____
	<input type="checkbox"/> גארדיאן/ס		ספעציפירט _____
4. וועלכע שפראך(ן) פארשטייט דיין קינד?	<input type="checkbox"/> ענגליש	<input type="checkbox"/> אנדערע	ספעציפירט _____
5. וועלכע שפראך(ן) רעדט דיין קינד?	<input type="checkbox"/> ענגליש	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> רעדט נישט ספעציפירט _____
6. וועלכע שפראך(ן) לייענט דיין קינד?	<input type="checkbox"/> ענגליש	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> לייענט נישט ספעציפירט _____
7. וועלכע שפראך(ן) שרייבט דיין קינד?	<input type="checkbox"/> ענגליש	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> שרייבט נישט ספעציפירט _____

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

היים שפראך אנקעטע (HLQ) - זייט צוויי

עדוקאציע היסטארי
8. צייכן אפ די טוטאלע צאל יארן וואס דיין קינד איז שוין פארשריבן אין שולע _____
9. צי טראכסטו אז דיין קינד האט שוועריקייטן אדער צושטאנדן וואס האלטן צוריק זיין אדער איר פעיקייט צו פארשטיין, רעדן, לייענען אדער שרייבן אין ענגליש אדער אן אנדערע שפראך? אויב יא, ביטע זיי באשרייבן. <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> י"א <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> נישט זיכער <input type="checkbox"/> </div> <p style="text-align: center;">**אויב יא, ביטע זיי ערנסט: _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> זייער ערנסט <input type="checkbox"/> עפעס ערנסט <input type="checkbox"/> א ביסל </div>
10א. איז דיין קינד אמאל געווארן <u>רעפערד</u> פאר א ספעציעלע עדוקאציע איוואליואציע אין דער פארגאנגענהייט? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא* <small>* ביטע פילט אויס 10 ב אונטן</small>
10ב. * <u>אויב רעפערד פאר אן איוואליואציע</u> , האט דיין קינד אמאל <u>באקומען</u> ספעציעלע עדוקאציע באדינונגען אין די פארגאנגענהייט? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא - סארט באדינונגען וואס דיין קינד האט באקומען: _____ עלטער אין וועלכע דיין קינד האט באקומען באדינונגען (ביטע טשעק אלע וואס זענען שייך): <input type="checkbox"/> געבורט צו 3 יאר (ערלי אריינמישונג) <input type="checkbox"/> 3-5 יאר (ספעציעלע עדוקאציע) <input type="checkbox"/> 6 יאר אדער עלטער (ספעציעלע עדוקאציע) 10ג. האט דיין קינד א פערזענלעכע עדוקאציע פראגראם (IEP - Individualized Education Program)? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא
11. איז דא נאך עפעס איר טראכט איז וויכטיק פאר דער שולע צו וויסן וועגן אייער קינד? (למשל, ספעציעלע טאלאנטן, געזונט זארגן, אד"ג) _____
12. אין וועלכע שפראך(ן) וואלט איר געוואלט באקומען אינפארמאציע פון די שולע? _____

יאר: _____ טאג: _____ חודש: _____

דאטע

אונטערשריפט פון טאטע/מאמע אדער פון מענטש אין עלטערן ראלע

שייכות צו תלמיד: _____ טאטע/מאמע אנדערע:

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:	