



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
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

Kwestionariusz dot. języka ojczystego (HLQ – Home Language Questionnaire)

Szanowny Rodzicu lub Opiekunie:
Aby zapewnić Twojemu dziecku jak najlepszy poziom edukacji musimy ustalić jak dobrze ono rozumie, mówi i pisze po angielsku, a także przebieg jego dotychczasowej edukacji i życia osobistego. Prosimy wypełnić poniższe sekcje zatytułowane Przygotowanie językowe i Przebieg edukacji. Jesteśmy bardzo wdzięczni za odpowiedź na zawarte tam pytania. Dziękujemy.

Prosimy wypełnić tę sekcję wyraźnym pismem.

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ:		
<hr/>		
Imię	Drugie imię	Nazwisko
DATA URODZENIA:		PŁEĆ:
<hr/>		<input type="checkbox"/> Męska
Miesiąc	Dzień	Rok
<hr/>		
RODZIC/OŚCOSA UDZIELAJĄCĄ INFORMACJI:		
<hr/>		
Nazwisko	Imię	Relacja względem ucznia

KOD JĘZYKA OJCZYSTEGO

Przygotowanie językowe

(prosimy zaznaczyć pozycje które mają zastosowanie)

1. W jakim języku (językach) mówi się w domu lub miejscu zamieszkania ucznia?	<input type="checkbox"/> Angielski	<input type="checkbox"/> Inny	<hr/>
			<i>podać</i>
2. Jaki był pierwszy język którego dziecko się nauczyło?	<input type="checkbox"/> Angielski	<input type="checkbox"/> Inny	<hr/>
			<i>podać</i>
3. Jaki jest język ojczysty każdego z rodziców/opiekunów?	<input type="checkbox"/> Matka	<input type="checkbox"/> Ojciec	<hr/>
	<i>podać</i>	<i>podać</i>	
	<input type="checkbox"/> Opiekun (Opiekunowie)	<hr/>	<i>podać</i>
4. Jaki język (języki) Twoje dziecko rozumie?	<input type="checkbox"/> Angielski	<input type="checkbox"/> Inny	<hr/>
			<i>podać</i>
5. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie mówić?	<input type="checkbox"/> Angielski	<input type="checkbox"/> Inny	<input type="checkbox"/> Nie umie mówić
		<i>podać</i>	
6. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie czytać?	<input type="checkbox"/> Angielski	<input type="checkbox"/> Inny	<input type="checkbox"/> Nie umie czytać
		<i>podać</i>	
7. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie pisać?	<input type="checkbox"/> Angielski	<input type="checkbox"/> Inny	<input type="checkbox"/> Nie umie pisać
		<i>podać</i>	

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

Kwestionariusz dot. języka ojczystego (HLQ)—druga strona

Przebieg dotychczasowej edukacji

8. Podać łączną liczbę lat w których dziecko uczęszczało do szkoły _____

9. Czy uważasz że Twoje dziecko może mieć jakieś trudności lub napotkać warunki które mogą wpłynąć na jego możliwość rozumienia, mówienia, czytania lub pisanie po angielsku lub w jakimkolwiek innym języku? Jeżeli tak, prosimy je opisać.

Tak* Nie Być może

 *Jeżeli tak, prosimy wyjaśnić: _____

Jak poważne wg Was są te trudności? Nieduże Dość poważne Bardzo poważne

10a. Czy Wasze dziecko było kiedykolwiek skierowane do badania pod kątem potrzeby edukacji specjalnej? Nie Tak* *Prosimy wypełnić 10b poniżej

10b. *Jeżeli było skierowane do badania, to czy Wasze dziecko kiedykolwiek przeszło jakąkolwiek formę edukacji specjalnej?

Nie Tak – Rodzaj tej edukacji: _____

Wiek w którym przechodziło edukację specjalną (prosimy zaznaczyć wszystko co dotyczy):

Od urodzenia do 3 lat (wczesna interwencja) 3 do 5 lat (edukacja specjalna) 6 lub więcej lat (edukacja specjalna)

10c. Czy Wasze dziecko podlega programowi edukacji indywidualnej (IEP)? Nie Tak

11. Czy jest jeszcze coś Waszym zadaniem ważnego co szkoła powinna wiedzieć w związku z Waszym dzieckiem? (np. specjalne uzdolnienia, wymagające troski sprawy zdrowotne itp.)

12. W jakim języku (językach) chcieliby Państwo otrzymywać informacje ze szkoły? _____

Miesiąc: Dzień: Rok:

Podpis rodzica lub opiekuna dziecka

Data

Relacja względem ucznia: Matka Ojciec Inne: _____

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: