



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

## Home Language Questionnaire (HLQ) Questionário sobre a língua utilizada em casa (HLQ em inglês)

**Prezados Pais/Responsáveis:**  
A fim de proporcionar a melhor educação possível para seu filho(a), precisamos determinar os níveis de conhecimento da língua nas 4 habilidades: Ouvir, Ler, Falar e Escrever, assim como seu histórico escolar. Por favor, preencher os campos abaixo com informações sobre a formação acadêmica. Obrigado por concordar em responder a este questionário.  
Muito obrigado(a).

| Favor preencher todos os campos com letra legível/maiúscula. |              |                                    |
|--|--------------|------------------------------------|
| <b>NOME DO ALUNO:</b>  |              |                                    |
| Nome   | Nome do meio | Sobrenome                          |
| <b>DATA DE NASCIMENTO:</b>                                   |              | <b>SEXO:</b>                       |
| Mês  | Dia          | Ano                                |
|  |              | <input type="checkbox"/> Masculino |
|  |              | <input type="checkbox"/> Feminino  |
| <b>INFORMAÇÃO DO PAI, MÃE/TUTOR:</b>                         |              |                                    |
| Sobrenome  |              | Nome                               |
|  |              | Grau de Parentesco                 |

HOME LANGUAGE CODE

### Conhecimento de idiomas (Por favor, marque o que se aplica.)

|  |                                    |                                |                              |                                      |
|--|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Que idioma(s) é(são) falado(s) em sua casa?                   | <input type="checkbox"/> Inglês    | <input type="checkbox"/> Outro | _____                        | <i>especifique</i>                   |
| 2. Qual foi o primeiro idioma que seu filho(a) aprendeu a falar? | <input type="checkbox"/> Inglês    | <input type="checkbox"/> Outro | _____                        | <i>especifique</i>                   |
| 3. Quais são os idiomas nativos de cada pai/tutor?               | <input type="checkbox"/> Mãe       | _____                          | <input type="checkbox"/> Pai | _____                                |
|  | <input type="checkbox"/> Tutor(es) | _____                          |                              | _____                                |
| 4. Qual o idioma(s) seu filho(a) compreende?                     | <input type="checkbox"/> Inglês    | <input type="checkbox"/> Outro | _____                        | <i>especifique</i>                   |
| 5. Qual o idioma(s) seu filho(a) fala?                           | <input type="checkbox"/> Inglês    | <input type="checkbox"/> Outro | _____                        | <input type="checkbox"/> Não fala    |
| 6. Qual o idioma(s) seu filho(a) lê?                             | <input type="checkbox"/> Inglês    | <input type="checkbox"/> Outro | _____                        | <input type="checkbox"/> Não lê      |
| 7. Qual o idioma(s) seu filho(a) escreve?                        | <input type="checkbox"/> Inglês    | <input type="checkbox"/> Outro | _____                        | <input type="checkbox"/> Não escreve |

#### THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED

|  |   |
|--|---|
| <b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>        | <b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b> |
| _____                                      | _____   |
| <i>District Name (Number) &amp; School</i> | <i>Address</i>  |

