



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

## Chestionar despre limba vorbită acasă (HLQ – Home Language Questionnaire)

Stimate părinte sau tutore,  
Pentru a-i oferi copilului dvs. cea mai bună educație posibilă, trebuie să determinăm cât de bine înțelege, vorbește, citește și scrie în engleză, precum și istoricul personal și școlar anterior. Vă rugăm să completați secțiunile de mai jos intitulate Mediul lingvistic și Istoric educațional. Asistența dvs. în a răspunde la aceste întrebări este apreciată. Vă mulțumim.

Scrieți clar de tipar în această secțiune.		
NUMELE ELEVULUI:		
Prenumele	Al doilea prenume	Numele de familie
DATA NAȘTERII:		SEXUL:
		<input type="checkbox"/> Masculin
		<input type="checkbox"/> Feminin
Luna	Ziua	Anul
INFORMAȚII PĂRINTE/PERSOANA ÎN RELAȚIE PARENTALĂ:		
Numele de familie	Prenumele	Relația cu elevul

CODUL LIMBII VORBITE ACASĂ

### Mediul lingvistic (Bifați tot ce se aplică.)

1. Ce limbă (limbi) se vorbește (vorbesc) în casa sau reședința elevului?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați		
2. Care a fost prima limbă învățată de copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați		
3. Care este limba maternă a fiecărui părinte/tutore?	<input type="checkbox"/> Mama	_____	<input type="checkbox"/> Tatăl	_____	specificați	specificați
	<input type="checkbox"/> Tutore(i)	_____	_____	specificați		
4. Ce limbă (limbi) înțelege copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați		
5. Ce limbă (limbi) vorbește copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați	<input type="checkbox"/> Nu vorbește	
6. Ce limbă (limbi) citește copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați	<input type="checkbox"/> Nu citește	
7. Ce limbă (limbi) scrie copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați	<input type="checkbox"/> Nu scrie	

### 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

## Chestionar despre limba vorbită acasă (HLQ) — Pagina a doua

<b>Istoric educațional</b>
8. Indicați numărul total de ani în care copilul dvs. a fost înscris la școală _____
9. Credeți că copilul dvs. poate avea dificultăți sau condiții care îi afectează capacitatea de a înțelege, vorbi, citi sau scrie în engleză sau în orice altă limbă? Dacă da, vă rugăm să le descrieți. <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>Da* <input type="checkbox"/></span> <span>Nu <input type="checkbox"/></span> <span>Nu sunt sigur <input type="checkbox"/></span> </div> *Dacă da, explicați: _____
Cât de grave credeți că sunt aceste dificultăți? <input type="checkbox"/> Minore <input type="checkbox"/> Destul de grave <input type="checkbox"/> Foarte grave
10a. Copilul dvs. a fost vreodată <u>trimis</u> pentru o evaluare educațională specială în trecut? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da* *Completați 10b mai jos
10b. *Dacă a fost trimis pentru o evaluare, copilul dvs. a primit orice servicii educaționale speciale în trecut? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da – Tipul de servicii primite: _____
Vârsta la care au fost primite serviciile (Bifați tot ce se aplică): <input type="checkbox"/> De la naștere la 3 ani (Intervenție timpurie) <input type="checkbox"/> De la 3 la 5 ani (Educație specială) <input type="checkbox"/> 6 ani sau peste (Educație specială)
10c. Copilul dvs. are un program educațional individualizat (IEP)? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
11. Mai este ceva ce considerați că este important pentru școală să cunoască despre copilul dvs.? (de ex., talente speciale, probleme de sănătate etc.) _____ _____ _____
12. În ce limbă (limbi) doriți să primiți informații din partea școlii? _____

Luna: \_\_\_\_\_ Ziua: \_\_\_\_\_ Anul: \_\_\_\_\_

Semnătura Părintelui sau Persoanei în relație parentală \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Relația cu elevul:  Mama  Tatăl  Alta: \_\_\_\_\_

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:	