STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK /
NY, NY 12234
Office of P-12

Lissette 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

ཁྱིམ་སྐྱོང་སྐད་ཡིག་རྒྱོར་ཀྱི་དཔེ་ཚགས། (HLQ)

བཙན་བའི་ཕ་མའམ་ཆུ་རྒྱ་པ་ལ་ཞུ་རྒྱུར།

ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱུ་གུ་ལ་ཤེས་ཡོན་གང་འཕགས་པའི་ཐོག་ཕྱིན་ཕྱར་བའི་ཚེད། ཕྱ་ཀུས་དབྱིན་སྐད་ཡག་ལོས་གོ་ཕྱར་པ། འཚང་ཕྱར་པ། ཏཱེ་གཱ་ཕྱར་པ། འཕྲི་ཕྱར་པ། ཆུམས་ང་ཚོས་ཤེས་དགོས་པ་མ་ཟད། ཕྱ་ཀྱའི་ཤོ་རྒྱས་དང་། སྒོར་གྱ་ཐུ་མའི་གནས་ཆུལ་ཡང་ངེས་དགོས་ཀྱི་ཡོད། དེས་ན་སྐད་ཡིག་གི་རྒྱབ་སྟོངས་ཞེས་པ་དེ་དང་། ཤེས་ཡོན་ཀྱི་ཤོ་རྒྱུས་ཞེས་པའི་གཤམ་གསལ་ཚན་བཅུ་རྣམས་ཆ་ཚང་བར་འགེང་རོགས་ཞེས་འཚོང་རྒྱལ་ཞུ་རྒྱུ་ཡིན། དེ་བར་འདི་དག་པ་ལས་གང་བར་ཐུབ་རྒྱུ་ལས་ཁྱོད་ཕན་པ་ནས་ཡི་རང་ཞུ་རྒྱུ་ཡིན།
ཕྱག་རྟེ་ཆེ།

ཚན་པ་འདི་འགེང་བའི་སྐབས་ཡི་གི་གསལ་ཡོར་འཕྲི་རོགས་གནང།		
སློབ་ཕྲུག་གི་མིང་།		
མིང་དང་རྒྱ།	བར་མ།	ཐ་མ།
སྐྱེས་ཚེས།		ཕོ་མོ།
		❑ ཕོ། ❑ མོ།
ཟླ།	ཉིན།	ལོ།
ཕ་མ་གང་རུང་ངམ་ཕ་མའི་འཛིན་བར་གནས་པའི་མི་དེའི་གནས་ཚུལ།		
	མིང་ཐ་མ།	མིང་དང་རྒྱ།	ཁྱོད་དང་སློབ་ཕྲུག་བར་ཀྱི་འབྲེལ་བ།

HOME LANGUAGE CODE

ཕྱག་ཡིག་གི་རྒྱབ་སྟོངས། (འབྲེལ་ཡོད་ཚང་མར་རྟགས་ཀྱིས་རོགས།)			
1. སློབ་ཕྲུག་སྟོང་ས་འདི་ཁྱིམ་དུ་སྐད་ཡིག་གང་དང་གང་རྒྱུར་ཀྱི་ཡོད་དམ།	❑ དབྱིན་སྐད།	❑ གཞན།	ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།
2. ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱ་ཀུས་སྐད་ཡིག་དང་ཡོ་གང་སྤྱར་བ་རེད་དམ།	❑ དབྱིན་སྐད།	❑ གཞན།	ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།
3. ཆུ་རྒྱ་པའམ། ཕ་མ་ཤོ་ཤོའི་ཁྱིམ་སྐྱོང་སྐད་ཡིག་གང་ཡིན་ནམ།	❑ མ། ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།	❑ ཕ། ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།	
	❑ ཆུ་རྒྱ་པ་(རྒྱལ)། ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།		
4. ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱ་ཀུས་སྐད་ཡིག་གང་དང་གང་ཀོ་ཕྱར་ཀྱི་ཡོད་དམ།	❑ དབྱིན་སྐད།	❑ གཞན།	ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།
5. ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱ་ཀུས་སྐད་ཡིག་གང་དང་གང་ཨོད་ཕྱར་ཀྱི་ཡོད་དམ།	❑ དབྱིན་སྐད།	❑ གཞན། ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།	❑ ཨོད་མི་ཕྱར།
6. ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱ་ཀུས་སྐད་ཡིག་གང་དང་གང་བློ་ཕྱར་ཀྱི་ཡོད་དམ།	❑ དབྱིན་སྐད།	❑ གཞན། ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།	❑ བློ་ཕྱ་མི་ཕྱར།
7. .ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱ་ཀུས་སྐད་ཡིག་གང་དང་གང་འཕྲི་ཕྱར་ཀྱི་ཡོད་དམ།	❑ དབྱིན་སྐད།	❑ གཞན། ཡིག་ཀཱུང་ཕྱོགས།	❑ འཕྲི་མི་ཕྱར།

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	

ཁྱིམ་སྟོན་རྒྱུད་ཀྱི་གོ་ཡིག་ཀློག (HLQ)—རོགས་གྲུ་གཞིས་པ།

རིགས་ཡོན་ཏན་ཀྱི་ཚོ་ཚུལ།

8. ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱུ་གུ་སློབ་གྲྭར་ཁྱོན་བཙོམས་ཚོ་གི་ཚོང་འཇུལ་ཞུགས་རྒྱུད་ཡོད་དམ། _____

9. ཁྱོད་ཕྱར་ན་ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱུ་གུས་དབྱིན་སྐད་དམ་ཡང་ན་སྐད་ཡིག་གཞན་གོ་བ་དང་། ཧོད་པ། སྒོག་པ། འཛིན་ཐུབ་པ་ལ་གེགས་རྒྱུན་གྱི་གནས་སྟངས་ས་མ་དཀའ་ཚོགས་དེ་འདྲ་ཕྱད་ཡོད་དམ། ཡོད་ན་གསལ་བཤད་གནང་རོགས།

ཡོད།* མེད། མི་རྟོག

❑ ❑ ❑ *གལ་ཏེ་ཡོད་ན། གསལ་བཤད་གནང་རོགས།_____

དཀའ་ཚོགས་དེ་དག་གཞི་ལྟེད་ལོག་རེད་དགོངས་ཀྱིན་འདུག ❑ ཆུང་ཚགས་རེད། ❑ ཏོག་ཙམ་ལྟེད་པོ་རེད། ❑ ཆ་ཙང་གཞི་ལྟེད་པོ་རེད།

10a. འདས་པའི་ནང་ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱུ་གུ་ལ་དམིགས་བསལ་རྟོག་སྟྲོང་དགོས་མེད་ཀྱི་ཉམས་ཚོད་ལེན་དགོས་པའི་ཡན་སྟོན་ཅི་འདྲ་ཐོབ་ཡོད་དམ། ❑ མེད། ❑ ཡོད།* *ཡོད་ན་གཤམ་གསལ་དུ་བ་10bལ་ལན་སྟོན་རོགས།

10b. *གལ་ཏེ་ལམ་སྟོན་ཐོབ་ཡོད་ན། འདས་པར་ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱུ་གུ་ལ་དམིགས་བསལ་རྟོག་སྟྲོང་གི་ལས་རིམ་ཐོབ་པ་ཅི་འདྲ་ནམ་ཡང་བྱུང་ཡོད་དམ།

❑ མེད། ❑ ཡོད། – ལས་རིམ་རིགས་གང་ཐོབ་ཡོད་པ། _____

ལས་རིམ་ཐོབ་སྐབས་ཕྱུ་གུའི་ཚོ་ན་གཅིག་ཚོད་ཙམ་ཡིན་ནམ། *(འཇུག་ཡོད་ཚང་ཆང་མར་ཏ་ཀུགས་རྒྱོན་རོགས།)*

❑ ཐུགས་ནས་ཚོ་གསུམ་ཀྱི་བར། (ཐུ་ཞུགས།) ❑ ཚེ་ ༣ ནས་ ༦ པི་བར། (དམིགས་བསལ་རྟོག་སྟྲོང་།) ❑ ཚེ་ ༧ གམ་དེ་ལས་ཆེན་པ། (དམིགས་བསལ་རྟོག་སྟྲོང་།)

10c. ཁྱོད་ཀྱི་ཕྱུ་གུ་ལ་ཆེད་བསྒྲིགས་རྟོག་སྟྲོང་ལས་རིམ་དེ་འདྲ་ཐོབ་ཡོད་དམ། (IEP)? ❑ མེད། ❑ ཡོད།

11. ང་ཚོ་སློབ་གྲྭའི་ངོས་ནས་ཕྱུ་གུའི་གནས་ཆུལ་རྟོག་ཤ་གནད་འགག་ཅན་གཞན་གང་ཡང་ཡོད་དམ། *(དཔེར་ན། དམིགས་བསལ་གྱི་རྒྱ་མ་དཔྱོད་ཡོད་པ། འཕྲོད་བསྟེན་གྱི་ཁེལས་འཐུར་དགོས་པ་ལ་སོགས་པའོ།)*

12. སློབ་གྲྭ་ནས་གནས་ཆུལ་གཏོང་སྐབས་སྐད་ཡིག་གང་གི་ནང་དུ་འགྱོར་འདོད་དམ། _____

_____ ཟླ་བ། ཚེས། དགོ།

པ་མའི་ས་རྟགས་སམ། པ་མའི་འཕྲེལ་བར་གཤན་པའི་མི་ཡི་ས་རྟགས། **ཟླ་ཚེས།**

ཕྱུ་གུ་དང་འཕྲེལ་བ་གང་ཡོད་པ། ❑ མ། ❑ ཕ། ❑ གཞན། _____

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: