



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

Анкета про рідну мову (HLO)

Шановний батько або опікун!
Для того, щоб забезпечити найкращу освіту вашої дитини, потрібно визначити, наскільки добре вона розуміє, розмовляє, читає і пише англійською мовою, а також дізнатися про її навчання в минулому та особисту історію. Будь ласка, заповніть нижче розділи під назвами «Мовне Середовище» і «Навчальна Історія». Ми високо цінуємо вашу допомогу у відповіді на ці питання

Дякуємо вам.

Будь ласка, при заповненні цього розділу пишіть чітко		
ІМ'Я СТУДЕНТА:		
Ім'я	По-батькові	Прізвище
ДАТА НАРОДЖЕННЯ:		СТАТЬ:
Місяць	День	Рік
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОДНОГО ІЗ БАТЬКІВ АБО ІНШОЇ ОСОБИ З ПРАВАМИ БАТЬКА:		<input type="checkbox"/> чоловіча <input type="checkbox"/> жіноча
Прізвище	Ім'я	ставлення до цього учневі

HOME LANGUAGE CODE

Мовне Середовище (Будь ласка, відзначте все, що до нього відноситься.)

1. На якій мові (яких мовах) розмовляють вдома у учня або в місті його постійного проживання?	<input type="checkbox"/> на англійській	<input type="checkbox"/> на іншій	<input type="text"/>	_____ уточніть
2. Якою мовою дитина оволоділа спочатку?	<input type="checkbox"/> англійською	<input type="checkbox"/> іншою	<input type="text"/>	_____ уточніть
3. Яка мова є головною для кожного батька або опікуна?	<input type="checkbox"/> для матері	<input type="checkbox"/> для батька	<input type="text"/>	_____ уточніть
	<input type="checkbox"/> Для опікуна(ів)		<input type="text"/>	_____ уточніть
4. Яку мову (які мови) розуміє ваша дитина?	<input type="checkbox"/> англійську	<input type="checkbox"/> іншу	<input type="text"/>	_____ уточніть
5. На якій мові (яких мовах) розмовляє ваша дитина ?	<input type="checkbox"/> На англійській	<input type="checkbox"/> На іншій	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Не розмовляє _____ уточніть
6. На якій мові (яких мовах) може читати ваша дитина ?	<input type="checkbox"/> На англійській	<input type="checkbox"/> На іншій	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Не читає _____ уточніть
7. На якій мові (яких мовах) пише ваша дитина ?	<input type="checkbox"/> На англійській	<input type="checkbox"/> На іншій	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Не може писати _____ уточніть

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

Анкета про рідну мову (HLQ)—Друга сторінка

Історія Навчання	
8. Вкажіть загальну кількість років, що ваша дитина була зарахована в школі _____	
9. Чи ви вважаєте, що ваша дитина має будь-які труднощі, які зможуть вплинути на її здатність розуміти, розмовляти, читати, та писати або англійською, або будь-якою іншою мовою? Якщо так, будь ласка, опишіть їх. Так* Ні Не впевнений <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * Якщо так, будь ласка, опишіть : _____ На ваш погляд, наскільки серйозними можуть бути ці труднощі? <input type="checkbox"/> Незначні <input type="checkbox"/> помірно серйозні <input type="checkbox"/> Дуже серйозні	
10a. В минулому, чи була ваша дитина направлена на проходження тестів перевірки для визначення, чи має вона право на спеціальні освітні послуги? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так* * Будь ласка, заповніть нижче 10b	
10b. *Якщо ваша дитина була направлена на проходження тестів, чи одержувала вона в минулому будь-які спеціальні освітні послуги? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так – Тип отриманих послуг : _____	
Яким був вік вашої дитини, коли вона отримувала спеціальні навчальні послуги (Будь ласка, вкажіть все, що відноситься до вашої дитини): <input type="checkbox"/> Від народження до 3х років (Раннє Втручання) <input type="checkbox"/> Від 3 to 5 років (Спеціальне Навчання) <input type="checkbox"/> Від 6 років і старше (Спеціальне Навчання)	
10c. Чи має ваша дитина Індівідуальну Навчальну Програму (IEP)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	
11. Чи є яка-небудь додаткова інформація про вашу дитину яка може бути важливою для школи? (наприклад, особливі таланти дитини, проблеми зі здоров'ям, і таке інше) _____ _____ _____	
12. На якій мові (на яких мовах) ви б хотіли отримувати інформацію зі школи? _____	

_____ Місяць: _____ День: _____ Рік: _____
Підпис одного із батьків або іншої особи з правами батька **Дата**

Ставлення цієї особи до учня: Матір Батько Інше: _____

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: _____ _____ _____	