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

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

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	*Segundo nombre*	*Apellido*
FECHA DE NACIMIENTO:		**GÉNERO:**
		❑ Masculino ❑ Femenino
Mes	*Día* *Año*	
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	*Primer Nombre*	*Relación con el estudiante*

HOME LANGUAGE CODE _____

Conocimientos de idiomas
(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	❑ Padre 1 _____ *especifique*	❑ Padre 2 _____ *especifique*	❑ Tutor(es) _____ *especifique*
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro _____ *especifique*	❑ No sabe escribir

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*	

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. **Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela** _____

9. **¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.**

   *Sí** ❑ *No* ❑ *No se sabe* ❑ *** En caso afirmativo, por favor explique:** _____

   ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ❑ Poca gravedad ❑ Algo grave ❑ Muy grave

10a. **¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial?** ❑ **No** ❑ **Sí*** **Por favor, llene 10b.*

10b. ***Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación,*** **¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?**

❑ **No** ❑ **Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:** _____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial *(favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):*

❑ **De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)** ❑ **3 a 5 años (Educación Especial)** ❑ **6 años o mayor (Educación Especial)**

10c. **¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)?** ❑ **No** ❑ **Sí**

11. **¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?** *(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)*

12. **¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela?** _____

_____ Mes: Día: Año: _____

Firma de un padre o de la persona en relación paternal ***Fecha***

Relación con el estudiante: ❑ **Padre** ❑ **Otra:** _____

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: