



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

Hauptsprache-Fragebogen (HLO)

*Liebe Eltern oder Vormund:
Um Ihrem Kind die bestmögliche
Schulbildung zu erfordern müssen wir
ermitteln wie fließend es Englisch
spricht, liest und schreibt, sowie
vorherige Schulung und persönliche
Vorgeschichte. Bitte füllen Sie alle
nachstehenden Abschnitte betitelt
"Sprachlicher Hintergrund und
Bildungshistorie" aus. Ihre Mithilfe
beim Beantworten dieser Fragen ist
sehr geschätzt. Vielen Dank.*

Bitte schreiben Sie deutlich beim Ausfüllen dieses Abschnitts.		
SCHÜLER NAME:		

Vorname	Zweiter Vorname	Nachname
GEBURTSDATUM:		GESCHLECHT:
_____	_____	<input type="checkbox"/> männlich
Monat	Tag	Jahr
_____	_____	_____
ELTERN/INFORMATION ÜBER DIE PERSON IN ELTERLICHER BEZIEHUNG:		

Nachname	Vorname	Beziehung zum(r) Schüler(in)
_____	_____	_____

HAUPTSPRACHEN-CODE

Sprachlicher Hintergrund (Bitte alles Zutreffende ankreuzen.)

1. Welche Sprache(n) ist(werden) im Heim oder Wohnsitz des(der) Schülers(in) gesprochen?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<i>einzelnen angeben</i>
2. Welche Sprache hat Ihr Kind zuallererst gelernt?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<i>einzelnen angeben</i>
3. Was ist die Hauptsprache der Eltern/des Vormunds?	<input type="checkbox"/> Mutter	_____	<input type="checkbox"/> Vater	_____
	<input type="checkbox"/> Vormund	_____	_____	<i>einzelnen angeben</i>
4. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind verstehen?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<i>einzelnen angeben</i>
5. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind sprechen?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<input type="checkbox"/> kann nicht sprechen
6. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind lesen?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<input type="checkbox"/> kann nicht lesen
7. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind schreiben?	<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Andere	_____	<input type="checkbox"/> kann nicht schreiben

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

Hauptsprache-Fragebogen (HLO)—Seite Zwei

Bildungshistorie

8. Insgesamt wieviele Jahre war Ihr Kind in einer Schule angemeldet _____

9. Glauben Sie Ihr Kind könnte besonderen Schwierigkeiten oder Bedingungen ausgesetzt sein, welche seine Fähigkeit Englisch oder andere Sprachen zu verstehen, sprechen, lesen und schreiben, beeinträchtigt? Falls ja, bitte beschreiben.

Ja* Nein Nicht sicher

*Falls ja, bitte erklären: _____

Wie erheblich glauben Sie sind diese Schwierigkeiten? gering etwas erheblich sehr erheblich

10a. Wurde Ihr Kind in der Vergangenheit jemals einer Sonderpädagogik-Evaluierung zugewiesen? Nein Ja* **Bitte 10b unten ausfüllen*

10b. **Falls einer Evaluierung zugewiesen*, hat Ihr Kind in der Vergangenheit jemals Sonderpädagogik-Services erhalten?

Nein Ja – Welche Art Services hat es erhalten :

Alter in welchem Services gegeben wurden *(Bitte alles Zutreffende ankreuzen):*

Geburt bis zu 3 Jahren (Frühintervention) 3 bis 5 Jahre (Sonderpädagogik) 6 Jahre oder älter (Sonderpädagogik)

10c. Hat Ihr Kind ein individualisiertes Unterrichtsprogramm (IEP)? Nein Ja

11. Haben Sie weitere wichtige Information die die Schule über Ihr Kind wissen sollte? (z. B., besondere Talente, gesundheitliche Anliegen, usw.)

12. In welcher(n) Sprache(n) möchten Sie Information von der Schule erhalten? _____

Unterschrift von Elternteil oder Person in elterlicher Beziehung

Monat: Tag: Jahr:
Datum

Beziehung zum(r) Schüler(in) : Mutter Vater Andere: _____

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:
