



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

**የአፍ መፍቻ ቋንቋ መጠይቅ (HLO)**

ክቡር ወላጅ ወይም አሳዳጊ፡  
ለልጅዎ የተሻለ የትምህርት አገልግሎት ለመስጠት  
እንዲቻል፣ የእንግሊዝኛ ቋንቋን በምን ያህል ደረጃ  
እንደሚረዳ፣ እንደሚናገር፣ እንደሚያነብና  
እንደሚጽፍ እንደዚሁም የበሬት የት/ቤትና የግል ታሪኩ  
ምን እንደሚመስል ማረጋገጥ አለብን። እባክዎ የቋንቋ  
መነሻ ታሪክና የትምህርት ታሪክ የሚሉትን ከታች ያሉ  
ክፍሎች ይሙሉ። ለእነዚህ ጥያቄዎች ለሚሰጡት  
ምላሽ ምስጋናችንን የላቀ ነው።  
እናመሰግናለን።

እባክዎ ይህን ክፍል ሲሞሉ በሚነበብ መልኩ ይጻፉ።		
የተማሪ ስም፡		
መጠሪያ ስም	የአባት ስም	የእያት ስም
የትውልድ ዘመን፡		ጾታ፡
		<input type="checkbox"/> ወንድ
		<input type="checkbox"/> ሴት
ወር	ቀን	ዓ.ም.
በወላጅ ግንኙነት መረጃ ውስጥ ያለ ወላጅ/ሰው፡		
የእያት ስም	መጠሪያ ስም	ከተማ/ሪ. ጋር ያለ ዝምድና

HOME LANGUAGE CODE

የቋንቋ መነሻ ታሪክ (እባክዎ አግባብነት ያለው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ።)		
1. ተማሪው በሚኖርበት ቤት ውስጥ የሚነገረው ቋንቋ(ዎች) ምንድን ነው (ናቸው)?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
2. ልጅዎ የተማረው ተቀዳሚ ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
3. የእያንዳንዱ ወላጅ/አሳዳጊ የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> አናት _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>	<input type="checkbox"/> አባት _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
4. ልጅዎ የሚረዳው ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
5. ልጅዎ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
6. ልጅዎ የሚያነብበው ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
7. ልጅዎ የሚጽፈው ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>

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 _____	_____

የአፍ መፍቻ ቋንቋ መጠይቅ (HLO)- ገጽ ሁለት

የትምህርት ታሪክ	
8. ልጅዎ በት/ቤት ውስጥ ተመዝገቦ የቆየበትን ትምህርት ደረጃ ለምሳሌ ዓመት ይጥቀሱ _____	
9. ልጅዎ እንግሊዝኛ ወይም ሌሎች ቋንቋዎችን የመረዳት፣ የመናገስ፣ የማንበብ ወይም የመጻፍ ችሎታው ላይ ተጽእኖ የሚያሳድሩ አስቸጋሪ ነገሮች ወይም ሁኔታዎች አሉ ብለው ያስባሉ? አዎ ካሉ፣ እባክዎ ይግለጹ::	
አዎ* <input type="checkbox"/>	የለም <input type="checkbox"/>
እርግጠኛ አይደለሁም <input type="checkbox"/> *አዎ ካሉ፣ እባክዎ ያብራሩ: _____	
እነዚህ አስቸጋሪ ሁኔታዎች መጠናቸው ምን ያህል ነው? <input type="checkbox"/> ገቢ ተቆይቶ <input type="checkbox"/> በመጠኑ ከባድ <input type="checkbox"/> በጣም ከባድ	
10a. ልጅዎ ከዚህ በፊት ለልዩ ትምህርት ምዘና ተልኮ ያወቃልን? <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አዎ* <span style="float: right;">*እባክዎ ከታች ያለውን 10b ይሙሉ</span>	
10b. *ለምዘና ተልኮ ከሆነ፣ ልጅዎ ከዚህ በፊት የልዩ ትምህርት አገልግሎቶችን አግኝቶ ያወቃል? <input type="checkbox"/> የለም <input type="checkbox"/> አዎ - የተሰጠው አገልግሎት ዓይነት: _____	
አገልግሎት ያገኘበት ዕድሜ (እባክዎ አግባብነት ያለው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ): <input type="checkbox"/> ከወሊድ እስከ ከ3 ዓመት (Early Intervention) <input type="checkbox"/> 3 እስከ 5 ዓመት (ልዩ ትምህርት) <input type="checkbox"/> 6 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ (ልዩ ትምህርት)	
10c. ልጅዎ የግለሰባዊ የትምህርት አገልግሎት (IEP) ያገኛል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> የለም	
11. ት/ቤቱ ስለልጅዎ ማወቅ አለበት ብለው የሚያስበው ሌላ ጉዳይ አለን? (ለምሳሌ፡- ልዩ ችሎታ፣ የጤና ጉዳይ፣ ወዘተ...)	
12. ከት/ቤቱ የሚላክልዎ መረጃ በምን ቋንቋ እንዲሆን ይፈልጋሉ? _____	

የወላጅ ወይም በወላጅ ግንኙነት ውስጥ ያለ ሰው ፈርማ _____	ወር: _____	ቀን: _____	ዓ.ም: _____
ቀን			
ከልጁ ጋር ያለ ዝምድና <input type="checkbox"/> እናት <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> ሌላ: _____			

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: _____ MO DAY YR.	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: _____ MO DAY YR.	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:	