



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

Pyetësori i Gjuhës Amtare (HLQ - Home Language Questionnaire)

I dashur Prind apo Kujdestar:

Në mënyrë që t'u sigurojmë fëmijëve tuaj arsimimin më të mirë të mundshëm, duhet të zbulojmë sa mirë ai apo ajo kupton, flet, lexon a shkruan në anglisht, si edhe historinë arsimore dhe personale të mëparshme. Ju lutemi të plotësoni paragrafët e mëposhtëm të titulluar *Formimi Gjuhësor dhe Historia Arsimore*. E vlerësojmë shumë ndihmën tuaj në përgjigjen e këtyre pyetjeve. Ju faleminderit.

Ju lutemi të shkruani pastër kur plotësoni segment.

EMRI I NXËNËSIT:		
Emri	Emri i dytë	Mbiemri
DATËLINDJA:		GJINIA:
		<input type="checkbox"/> Mashkull
		<input type="checkbox"/> Femër
Muaji	Dita	Viti
TË DHËNA MBI PRINDËRIT/PERSONI NË LIDHJE PRINDËRORE:		
Mbiemri	Emri	Lidhje me Nxënësin

KODI I GJUHËS AMTARE

Formimi Gjuhësor

(Ju lutem të mbushni gjithçka që lidhet me ju.)

1. Çfarë gjuhe(ësh) flitet(en) në shtëpinë apo banesën e nxënësit?	<input type="checkbox"/> Anglisht	<input type="checkbox"/> Tjetër	_____
			<i>Specifikoni</i>
2. Cila është gjuha e parë që mësoi fëmija juaj?	<input type="checkbox"/> Anglisht	<input type="checkbox"/> Tjetër	_____
			<i>Specifikoni</i>
3. Cila është Gjuha Amtare e secilit prej prindërve/kujdestarëve?	<input type="checkbox"/> Mamaja _____	<input type="checkbox"/> Babai _____	
	<i>Specifikoni</i>	<i>Specifikoni</i>	
	<input type="checkbox"/> Kujdestari(ët) _____		<i>Specifikoni</i>
4. Çfarë gjuhe(ësh) kupton fëmija juaj?	<input type="checkbox"/> Anglisht	<input type="checkbox"/> Tjetër	_____
			<i>Specifikoni</i>
5. Çfarë gjuhe(ësh) flet fëmija juaj?	<input type="checkbox"/> Anglisht	<input type="checkbox"/> Tjetër	<input type="checkbox"/> Nuk flet
			<i>Specifikoni</i>
6. Çfarë gjuhe(ësh) lexon fëmija juaj?	<input type="checkbox"/> Anglisht	<input type="checkbox"/> Tjetër	<input type="checkbox"/> Nuk lexon
			<i>Specifikoni</i>
7. Çfarë gjuhe(ësh) shkruan fëmija juaj?	<input type="checkbox"/> Anglisht	<input type="checkbox"/> Tjetër	<input type="checkbox"/> Nuk shkruan
			<i>Specifikoni</i>

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

Pyetësi i Gjuhës Amtare (HLQ)—Faqja e Dytë

Historia Arsimore

8. Tregoni numrin e viteve në total që fëmija juaj ka qenë i regjistruar në shkollë _____

9. Mendoni se fëmija juaj mund të ketë ndonjë vështirësi apo problem që ndikon në aftësinë e tij apo të saj për të kuptuar, folur, lexuar apo shkruar në anglisht apo në ndonjë gjuhë tjetër? Nëse po, ju lutemi t'i përmendni ato.

Po* Jo E pasigurt

*Nëse po, shpjegohuni ju lutem: _____

Sa të rënda mendoni se janë këto vështirësi? Të vogla Disi serioze Shumë serioze

10a. Në të shkuarën, a është referuar ndonjëherë fëmija juaj për një vlerësim të arsimit të veçantë?

Jo Po* *Ju lutemi të plotësoni 10b-në më poshtë

10b. *Nëse ju kanë referuar për një vlerësim, a ka marrë fëmija juaj ndonjë shërbim arsimor të veçantë në të shkuarën?

Jo Po - Lloji i shërbimit të marrë: _____

Grupmosha kur është marrë shërbimi (Ju lutemi të plotësoni gjithçka që lidhet me ju):

Nga lindja deri në 3 vjeç (Ndërhyrje e Hershme) 3 deri në 5 vjeç (Arsimim i Veçantë) 6 vjeç e sipër (Arsimim i Veçantë)

10c. A ka fëmija juaj një Program Arsimor të Personalizuar (IEP - Individualized Education Program)? Jo Po

11. A ka ndonjë gjë tjetër mbi fëmijën tuaj që mendoni se është e rëndësishme ta dijë shkolla? (p.sh., talente të veçanta, probleme shëndetësore, etj.)

12. Në çfarë gjuhe(ësh) do të preferoni t'ju vijnë informacionet nga shkolla? _____

Firma e Prindërit apo Personit në Lidhje Prindërore

Muaji: Dita: Viti:
Data

Lidhja me nxënësit: Mamaja Babai Tjetër: _____

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: