



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

母语调查问卷 (Home Language Questionnaire - HLQ)

亲爱的父母或监护人：  
为了向您的孩子尽可能提供最好的教育，我们需要确认您孩子的英语理解、说、读、写能力，以及学前教育 and 成长经历。请填写以下标为“语言背景”和“教育经历”的部分。非常感激您协助回答这些问题。谢谢！

学生姓名：		
名字	中间名	姓氏
出生日期：		性别：
月	日	年
		<input type="checkbox"/> 男
		<input type="checkbox"/> 女
父母/监护人信息：		
姓氏	名字	与学生的关系

HOME LANGUAGE CODE

语言背景

(请标注所有适用的选项)

1. 学生在家/住所使用何种语言？	<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具体标明
2. 您孩子学会的第一种语言是什么？	<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具体标明
3. 父母双方/监护人各自的母语是什么？	<input type="checkbox"/> 父母 1	<input type="checkbox"/> 父母 2	_____	具体标明
	<input type="checkbox"/> 监护人		_____	具体标明
4. 您孩子能理解哪些语言？	<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具体标明
5. 您孩子能说哪些语言？	<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不说
6. 您孩子能读哪些语言？	<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不读
7. 您孩子能写哪些语言？	<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不写

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

## 母语调查问卷 (HLQ)—第二页

### 教育经历

8. 请标明您孩子在校的总年数 \_\_\_\_\_

9. 您觉得您孩子对英语或其他语言是否有理解、说、读或者写方面的困难或障碍？如果有，请描述。

有    无    不确定

           \*如果有，请描述： \_\_\_\_\_

您认为这些困难有多严重？     轻微     有点严重     非常严重

10a. 您孩子过去曾被建议做特殊教育评估吗？     否     是\* \*请完成下面 10b 部分

10b. \*如果被建议做评估，您孩子过去曾接受特殊教育服务吗？

否     是 - 接受的服务类型： \_\_\_\_\_

接受服务时的年龄 (请标注所有适用的选项)：

从出生到 3 岁 (早期干预 (Early Intervention))     3 至 5 岁 (特殊教育)     6 岁或更大 (特殊教育)

10c. 您孩子有个性化教育项目 (Individualized Education Program - IEP) 吗？     无     有

11. 您认为学校还需要了解您孩子的哪些其他重要事项？ (比如特殊才能、健康问题等)

12. 您希望从学校接收的信息使用何种语言？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月：    日：    年：

父母或者监护人签字

日期

与学生的关系：     父母     其他： \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_ 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: