



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

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

母语调查问卷 (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 成长史。请填写以下标为语言背景和教育历史的部分。很感谢您能帮助回答这些问题。谢谢。

请字迹清晰地回答以下部分

学生姓名:

名 中间名 姓

出生日期:

性别:

月 日 年

☐ 男

☐ 女

父/母亲/监护人信息:

姓

名

与学生的关系

母语编码

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?

☐ 英语

☐ 其他

具体标明

2. 您孩子学会的第一种语言是什么?

☐ 英语

☐ 其他

具体标明

3. 父母双方/监护人各自的母语是什么?

☐ 母亲

☐ 父亲

具体标明

具体标明

☐ 监护人

具体标明

4. 您孩子能明白哪些语言?

☐ 英语

☐ 其他

具体标明

5. 您孩子能说哪些语言?

☐ 英语

☐ 其他

☐ 不讲话

具体标明

6. 您孩子能读懂哪些语言?

☐ 英语

☐ 其他

☐ 不阅读

具体标明

7. 您孩子能书写哪些语言?

☐ 英语

☐ 其他

☐ 不书写

具体标明

该部分由学生注册的校区填写:

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

教育历史

8. 请标明您孩子在校的总年数 _____

9. 您觉得孩子对英语或者其他语言是否有理解, 会话, 阅读或者书写的困难或障碍? 如何有, 请描述。

有* ☐ 无 ☐ 不确定 ☐

*如果有, 请解释: _____

您认为这些困难有多严重? ☐ 轻微 ☐ 有点严重 ☐ 非常严重

10a. 您孩子在过去被建议去做过特殊教育评估吗? ☐ 否 ☐ 是* *请完成下面 10b 部分

10b. *如果有, 您孩子在过去接受过特殊教育服务吗?

☐ 否 ☐ 是 - 接受过的服务类型: _____

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) ☐ 3 至 5 岁 (特殊教育) ☐ 6 岁或更大 (特殊教育)

10c. 您孩子有个人化教育项目 (IEP) 吗? ☐ 无 ☐ 有

11. 您认为还有对孩子教育有帮助的其他重要事项吗? (比如, 特殊才能, 健康问题, 等.)

12. 您希望接收到的来自学校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: ☐ 母亲 ☐ 父亲 ☐ 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:

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: