NHED
New Hampshire Department of Education
25 Hall Street | Concord, NH 03301

Encuesta de Idioma del Hogar ("HLS" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal.
Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	*Segundo nombre*	*Apellido*
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes / *Día* / *Año*		❑ Masculino ❑ Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	*Primer Nombre*	*Relación con el estudiante*

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR _____

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *especifique*	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *especifique*	
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	❑ Madre _____ *especifique*	❑ Padre _____ *especifique*	❑ Tutor(es) _____ *especifique*	
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *especifique*	
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *especifique*	❑ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *especifique*	❑ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro	_____ *especifique*	❑ No sabe escribir

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT SASID:
School Name / *Address*	

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Encuesta de Idioma del Hogar (HLS) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

*Sí** *No* *No se sabe*
❑ ❑ ❑ * En caso afirmativo, por favor explique :_____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ❑ Poca gravedad ❑ Algo grave ❑ Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ❑ No ❑ Sí* * *Por favor, llene 10b.*

10b. **Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación,* ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

❑ No ❑ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

_____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial *(favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):*

❑ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ❑ 3 a 5 años (Educación Especial) ❑ 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? ❑ No ❑ Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?
(*Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)*

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: Día: Año:
Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal *Date*
Relación con el estudiante: ❑ Madre ❑ Padre ❑ Otra:_____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ NO ❑ YES

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ (MO DAY YR.)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
❑ Administer State Approved WIDA Screener
❑ Not eligible for EL services

NAME/POSITION OF NH ESOL AND WIDA CERTIFIED PERSONNEL ADMINISTERING WIDA SCREENER

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF WIDA Screener ADMINISTRATION: _____ (MO. DAY YR.)

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON WIDA Screener: Overall Composite Score: _____

Does the student qualify for EL support? ❑ NO ❑ YES

Please attach a copy of the student's WIDA screener score report and file in student's cumulative folder.

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: