Sở giáo dục New Hampshire
25 Hall Street | Concord, NH 03301

Khảo sát Ngôn ngữ ở nhà (HLS)

Kính gửi Quý Phụ huynh hoặc Người giám hộ:
Để cung cấp cho con quý vị một nền giáo dục tốt nhất có thể, chúng tôi cần xác định trình độ hiểu, nói, đọc và viết tiếng Anh của trẻ, cũng như lịch sử học tập và cá nhân trước đây. Vui lòng hoàn thành các phần bên dưới có tên Nền tảng Ngôn ngữ và Lịch sử Giáo dục. Chúng tôi đánh giá rất cao sự trợ giúp của quý vị trong việc trả lời những câu hỏi này.
Xin chân thành cảm ơn.

HỌ TÊN HỌC SINH:			
Tên	*Tên đệm*	*Họ*	
NGÀY SINH:			**GIỚI TÍNH:**
			☐ Nam
Tháng	*Ngày*	*Năm*	☐ Nữ
PHỤ HUYNH/CÁ NHÂN TRONG THÔNG TIN VỀ MỐI QUAN HỆ PHU HUYNH:			
Họ	*Tên*		*Mối quan hệ với Học sinh*

Nền tảng Ngôn ngữ

(Chon tất cả các phương án phù hợp.)

1.	**(Các) ngôn ngữ nào được nói ở nhà hoặc nơi cư trú của học sinh?**	☐ Tiếng anh	☐ Khác	*Nêu cu thể*	
2.	**Ngôn ngữ đầu tiên con quý vị học là gì?**	☐ Tiếng anh	☐ Khác	*Nêu cu thể*	
3.	**Ngôn ngữ ở nhà của mỗi phụ huynh/Người giám hộ là gì?**	☐ Má *Nêu cụ thể* ☐ Người giám hộ		☐ Ba *Nêu cụ thể* *Nêu cụ thể*	
4.	**Con quý vị hiểu được (những) ngôn ngữ nào?**	☐ Tiếng anh	☐ Khác	*Nêu cu thể*	
5.	**Con quý vị nói được (những) ngôn ngữ nào?**	☐ Tiếng anh	☐ Khác	*Nêu cu thể*	☐ Không nói
6.	**Con quý vị đọc được (những) ngôn ngữ nào?**	☐ Tiếng anh	☐ Khác	*Nêu cụ thể*	☐ Không đọc
7.	**Con quý vị viết được (những) ngôn ngữ nào?**	☐ Tiếng anh	☐ Khác	*Nêu cụ thể*	☐ Không viết

THÔNG TIN HỌC KHU:	**SASID Học sinh**
Tên trường *Địa chỉ*	

Khảo sát Ngôn ngữ ở nhà (HLS)—Trang Hai

Lịch sử Giáo dục

8. Xin cho biết tổng số năm mà con quý vị đã đăng ký đi học _____

9. Quý vị có nghĩ rằng con quý vị có thể gặp bất kỳ khó khăn hoặc vấn đề sức khỏe nào ảnh hưởng đến khả năng hiểu, nói, đọc, viết bằng tiếng Anh hoặc bất kỳ ngôn ngữ nào khác không? Nếu có, hãy mô tả chúng.

Có* ☐ Không ☐ Không chắc chắn ☐ ***Nếu có,** vui lòng giải thích: _____

Quý vị nghĩ những khó khăn này nghiêm trọng như thế nào? ☐ Nhỏ ☐ Có vẻ nghiêm trọng ☐Rất nghiêm trọng

10a. Trước đây con quý vị có từng *<u>được giới thiệu</u>* làm đánh giá giáo dục đặc biệt không? ☐ Không ☐ **Có***

**Vui lòng hoàn thành 10b bên dưới*

10b. *<u>Nếu đã được giới thiệu làm đánh giá</u>*, con quý vị đã từng *<u>được nhận</u>* bất kỳ dịch vụ giáo dục đặc biệt nào chưa?

☐ Không ☐ **Có** - Loại dịch vụ đã nhận: _____

Độ tuổi nhận dịch vụ *(Vui lòng đánh dấu tất cả các phương án phù hợp):*

☐ **Sơ sinh đến 3 tuổi (Can thiệp sớm)** ☐ **3 đến 5 tuổi (Giáo dục đặc biệt)** ☐ **6 tuổi trở lên (Giáo dục đặc biệt)**

10c. Con quý vị có Chương trình Giáo dục Cá nhân hóa (IEP) không? ☐ Không ☐ **Có**

11. Quý vị nghĩ còn điều gì khác quan trọng mà nhà trường nên biết về con quý vị không? *(ví dụ: tài năng đặc biệt, mối quan tâm về sức khỏe, v.v.)*

12. Quý vị muốn nhận thông tin từ trường bằng (những) ngôn ngữ nào? _____

_____ Tháng: Ngày: Năm: _____

Chữ ký của Phụ huynh hoặc Người giám hộ ***Ngày***

Mối quan hệ với học sinh: ☐ Má ☐ Ba ☐ Khác: _____

PHẦN DÀNH CHO NHẬP HỌC CHÍNH THỨC - TÊN/CHỨC VỤ CỦA CÁ NHÂN THỰC HIỆN HLS

HỌ TÊN: _____ CHỨC VỤ: _____

NẾU ĐƯỢC CUNG CẤP PHIÊN DỊCH VIÊN, HÃY ĐIỀN TÊN, CHỨC VỤ VÀ BẰNG CẤP:

HỌ TÊN/CHỨC VỤ CỦA CÁ NHÂN ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐÁNH GIÁ HLS VÀ TIẾN HÀNH PHỎNG VẤN CÁ NHÂN

HỌ TÊN: _____ CHỨC VỤ: _____

CẦN PHỎNG VẤN BẰNG LỜI NÓI: ☐ Không ☐ **Có**

**NGÀY PHỎNG VẤN CÁ NHÂN:	_____ THÁNG NGÀY NĂM	KẾT QUẢ PHỎNG VẤN CÁ NHÂN:	☐ THỰC HIỆN Đánh giá WIDA Screener ĐƯỢC PHÊ DUYỆT BỞI TIỂU BANG ☐ KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN CHO DỊCH VỤ EL

HỌ TÊN/CHỨC VỤ CỦA NHÂN VIÊN THỰC HIỆN ĐÁNH GIÁ WIDA SCREENER ĐƯỢC CHỨNG NHẬN NH ESOL VÀ WIDA

HỌ TÊN: _____ CHỨC VỤ: _____

NGÀY THỰC HIỆN ĐÁNH GIÁ WIDA SCREENER:	_____ THÁNG NGÀY NĂM	**MỨC ĐỘ THÀNH THẠO ĐẠT ĐƯỢC TRÊN WIDA SCREENER:**	Điểm cộng gộp chung: _____ Học sinh có đủ điều kiện nhận hỗ trợ EL không? ☐ Không ☐ Có	Vui lòng đính kèm một bản sao của báo cáo điểm đánh giá WIDA Screener của học sinh và lưu trong thư mục tích lũy của học sinh.

ĐỐI VỚI HỌC SINH KHUYẾT TẬT, LIỆT KÊ CÁC ĐIỀU CHỈNH THÍCH NGHI, NẾU CÓ, ĐƯỢC THỰC HIỆN THEO IEP: