



### Office of Bilingual Education and World Languages

Hanson Place, Room 594 55  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

Washington Avenue, Room 528EB 89  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

### استطلاع المعلومات عن اللغة المستعملة في البيت (Home Language Questionnaire - HLQ)

اسم الطالب/ة:		
الأخير	الأوسط	الأول
تاريخ الميلاد:	الجنس:	
السنة	اليوم	الشهر
معلومات الوالدة أو الشخص ذو العلاقة كوالدة/ة:		
العلاقة بالطالب/ة	الاسم الأول	الاسم الأخير

عزيزي الوالدة/ة أو ولي الأمر:  
من أجل توفير أفضل تعليم ممكن لابنك/ابنتك، فإننا  
بحاجة إلى معرفة مدى فهمه/ها، وتحديثه/ها، وقرائه/ها  
وكتابه/ها باللغة الإنكليزية، وكذلك المدرسة السابقة  
والتاريخ الشخصي. يرجى إكمال الأقسام التالية، بعنوان  
خلفية اللغة وتاريخ التعليم. إننا نقدر جداً منكم مساعدتكم  
في الإجابة على هذه الأسئلة.  
شكراً.

HOME LANGUAGE CODE
--------------------

#### HOME LANGUAGE CODE

خلفية اللغة (يرجى الإشارة إلى كل ما ينطبق)			
1. ما هي اللغة/اللغات التي يتحدثها الطالب/ة في البيت أو السكن؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية	<input type="checkbox"/> لغة أخرى	ما هي
2. ما هي اللغة الأولى التي تعلمها ابنك/ابنتك؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية	<input type="checkbox"/> لغة أخرى	ما هي
3. ما هي اللغة التي يتحدثها كل والدة أو وصي/أوصياء؟	<input type="checkbox"/> ولي الأمر 1	<input type="checkbox"/> ولي الأمر 2	ما هي
	<input type="checkbox"/> الوصي		ما هي
4. ما هي اللغة/اللغات التي يفهمها ابنك/ابنتك؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية	<input type="checkbox"/> لغة أخرى	ما هي
5. ما هي اللغة/اللغات التي يتحدثها ابنك/ابنتك؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية	<input type="checkbox"/> لغة أخرى	لا يتكلم/تتكلم
6. ما هي اللغة/اللغات التي يقرأها ابنك/ابنتك؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية	<input type="checkbox"/> لغة أخرى	لا يقرأ/تقرأ
7. ما هي اللغة/اللغات التي يكتبها ابنك/ابنتك؟	<input type="checkbox"/> الإنكليزية	<input type="checkbox"/> لغة أخرى	لا يكتب/تكتب

#### 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

الصفحة الثانية (HLQ) Home Language Questionnaire - استطلاع المعلومات عن اللغة المستعملة في البيت

تاريخ التعليم

8. أذكر/ي عدد من السنوات التي تسجل بها ابنك/ابنتك في المدارس \_\_\_\_\_

9. هل تعتقد بأنه من الممكن أن يكون عند ابنك/ابنتك أية صعوبات أو ظروف تؤثر على قدرته/ها على الفهم، التحدث، القراءة والكتابة باللغة الإنكليزية أو أية لغة أخرى؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى وصفها.  
نعم\* لا غير متأكدة  
    
\*إذا كان الجواب نعم، يرجى الإيضاح: \_\_\_\_\_  
ما هي شدة هذه الصعوبات برأيك؟  خفيفة  شديدة نوعاً ما  شديدة جداً

10. هل تم تحويل ابنك/ابنتك في أي وقت من الأوقات بالماضي إلى التعليم الخاص للتقييم؟  لا  نعم\*  
\*يرجى تكملة 10ب إن شاء الله

10ب. \*إذا تحولت إلى التقييم، هل تلقى ابنك/ابنتك أية خدمات من التعليم الخاص في الماضي؟  
 لا  نعم - أكتب/ي الخدمات التي تلقاها/تلقتها: \_\_\_\_\_  
العمر الذي تلقى/ت به هذه الخدمات (يرجى وضع الإشارة على ما ينطبق)  
 الولادة إلى 3 سنوات (تدخل ميكر)  3 إلى 5 سنوات (تعليم خاص)  6 سنوات أو أكبر (تعليم خاص)

10ج. هل يوجد لابنك/ابنتك برنامج تعليمي مخصص له/ها (Individualized Education Program - IEP).  لا  نعم

11. هل هنالك أي شيء آخر تعتقد/ي بأنه مهم لكي تعرفه المدرسة عن ابنك/ابنتك؟ (مثلاً، مواهب خاصة، مشاكل صحية، إلخ.) \_\_\_\_\_

12. بأية لغة/لغات تفضل أن تصلك بها المعلومات من المدرسة؟ \_\_\_\_\_

الشهر \_\_\_\_\_  
اليوم \_\_\_\_\_  
السنة \_\_\_\_\_  
التاريخ

توقيع الوالدة/ أو الشخص ذو العلاقة كوالدة:

القراءة من الطالب/ة  ولي أمر  شخص آخر: \_\_\_\_\_

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: