



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

বাড়িতে ব্যবহৃত ভাষা সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী (Home Language Questionnaire - HLQ)

প্রিয় পিতামাতা বা পিতামাতার মতো সম্পর্কিত ব্যক্তি:
আপনার সন্তানকে সব থেকে উন্নতমানের
শিক্ষাপ্রদানের জন্য, সে ইংরেজি ভাষা কতটা ভালো
করে বুঝতে, বলতে পড়তে এবং লিখতে পারে, সেটা
আমাদের নির্ধারণ করা প্রয়োজন। এছাড়াও তার
সম্বন্ধে স্কুল এবং তার নিজের ব্যক্তিগত ইতিহাস সম্বন্ধে
জানাটা আমাদের পক্ষে জরুরি। অনুগ্রহ করে নিজের
ভাষাগত প্রেক্ষাপট (Language Background) এবং
শিক্ষাগত ইতিহাস (Educational History) নামাঙ্কিত বিভাগ
দুটি পূরণ করুন। উত্তর পূরণে আপনার সহযোগিতা
আমরা একান্তভাবে কামনা করি।
ধন্যবাদ।

শিক্ষার্থীর নাম:		
প্রথম	মধ্যবর্তী	শেষ
জন্ম তারিখ:		লিঙ্গ:
		<input type="checkbox"/> পুরুষ
		<input type="checkbox"/> মহিলা
মাস	দিন	বছর
পিতামাতা/পিতামাতার মতো সম্পর্কিত ব্যক্তিজানিত তথ্য:		
পদবি	নাম	সম্পর্ক

HOME LANGUAGE CODE

ভাষাগত প্রেক্ষাপট

(প্রয়োজ্য সবকটিতে টিক চিহ্ন দিন)

১. শিক্ষার্থীর বাড়িতে বা বাসস্থানে কোন ভাষায়/ভাষাগুলিতে কথা বলা হয়?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> অন্য	নির্দিষ্ট করে লিখুন
২. আপনার সন্তান সর্বপ্রথম কোন ভাষা শিখেছিলো?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> অন্য	নির্দিষ্ট করে লিখুন
৩. প্রত্যেক মাতা-পিতা/ অভিভাবকদের বাড়িতে ব্যবহৃত ভাষা কোনটি?	<input type="checkbox"/> মাতাপিতা ১ <input type="checkbox"/> মাতাপিতা ২	নির্দিষ্ট করে লিখুন
	<input type="checkbox"/> অভিভাবক(রা)	নির্দিষ্ট করে লিখুন
৪. আপনার সন্তান কোন ভাষা(গুলি) বুঝতে পারে?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> অন্য	নির্দিষ্ট করে লিখুন
৫. আপনার সন্তান কোন ভাষা(গুলি) বলতে পারে?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> অন্য	<input type="checkbox"/> বলতে পারে না
৬. আপনার সন্তান কোন ভাষা(গুলি) পড়তে পারে?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> অন্য	<input type="checkbox"/> পড়তে পারে না
৭. আপনার সন্তান কোন ভাষা(গুলি) লিখতে পারে?	<input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> অন্য	<input type="checkbox"/> লিখতে পারে না

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

বাড়িতে ব্যবহৃত ভাষা সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী-দুই নং পৃষ্ঠা

শিক্ষাগত ইতিহাস	
৮. আপনার সন্তান মোট কত বছর ধরে স্কুলে ভর্তি হয়েছে তা উল্লেখ করুন _____	
৯. আপনার কি মনে হয় যে আপনার সন্তানের এমন কোনো অসুবিধা বা অবস্থা থাকতে পারে যেটা তার ইংরেজি বা অন্য কোনো ভাষা বোঝা, বলা, পড়া বা লেখার ক্ষমতাকে প্রভাবিত করে? হ্যাঁ* না নিশ্চিত নয় <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *উত্তর হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন: _____ আপনার মতে এই সমস্যাগুলি কতটা গুরুতর? <input type="checkbox"/> সামান্য গুরুতর <input type="checkbox"/> কিছুটা গুরুতর <input type="checkbox"/> বেশ গুরুতর	
১০ক. আপনার সন্তানকে কি পূর্বে কখনও কোনো শিক্ষাগত শিক্ষা মূল্যায়নে পাঠানো হয়েছিলো? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ* *অনুগ্রহ করে নীচের ১০খ পূরণ করুন ১০খ. *যদি এমন কোনো মূল্যায়নে পাঠানো হয়ে থাকে, তাহলে আপনার সন্তান কি পূর্বে কখনও কোনো বিশেষ শিক্ষাগত পরিষেবা পেয়েছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ- প্রাপ্ত পরিষেবার ধরণ: _____ পরিষেবা প্রাপ্তির বয়স (প্রযোজ্য সবকটিতে টিক চিহ্ন দিন): <input type="checkbox"/> জন্ম থেকে তিন বছর পর্যন্ত (প্রাথমিক হস্তক্ষেপ) <input type="checkbox"/> তিন থেকে পাঁচ বছর পর্যন্ত (বিশেষ শিক্ষা) <input type="checkbox"/> ছয় বছর বা তার ঊর্ধ্ব (বিশেষ শিক্ষা)	
১০গ. আপনার সন্তানের কি কোনো ব্যক্তিগত স্বতন্ত্র শিক্ষাগত কর্মসূচী (Individualized Education Program - IEP) আছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ	
১১. আপনার মতে আপনার সন্তান সম্বন্ধীয় আর কোনো গুরুত্বপূর্ণ বিষয় কি স্কুলের জানা প্রয়োজন? (যথা, বিশেষ বুদ্ধিমত্তা, শারীরিক সমস্যা, সমস্যা ইত্যাদি)	
১২. আপনি কোন ভাষায়(গুলিতে) স্কুল থেকে দেওয়া তথ্যাদি পেতে আগ্রহী হন? _____	

	মাস:	দিন:	বছর:
মাতা-পিতা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর:		তারিখ	
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক: <input type="checkbox"/> মাতাপিতা <input type="checkbox"/> অন্য: _____			

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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ MO DAY YR.	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

