



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

母語調查問卷 ( Home Language Questionnaire - HLQ )

親愛的家長或家長關係人：  
為了向您的孩子盡可能提供最好的教育，我們需要確認您孩子的英語理解、說、讀、寫能力，以及學前教育和成長史。請填寫以下標為語言背景和教育歷史的部分。很感謝您回答這些問題。謝謝。

學生姓名：		
名	中間名	姓
出生日期：		性別：
月	日	年
		<input type="checkbox"/> 男
		<input type="checkbox"/> 女
家長／家長關係人資訊：		
姓		
名		
與學生的關係		

HOME LANGUAGE CODE

語言背景

(請標注所有適用的選項。)

1. 學生在家／住所使用何種語言？	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具體標明
2. 您孩子學會的第一種語言是什麼？	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具體標明
3. 家長雙方／監護人各自的母語是什麼？	<input type="checkbox"/> 家長 1	_____	<input type="checkbox"/> 家長 2	_____
	<input type="checkbox"/> 監護人	_____		_____
4. 您孩子能明白哪些語言？	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具體標明
5. 您孩子能說哪些語言？	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不會說
6. 您孩子能閱讀哪些語言？	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不會閱讀
7. 您孩子能書寫哪些語言？	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不會書寫

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

## 母語調查問卷 (HLQ) — 第二頁

### 教育歷史

8. 請標明您孩子在校的總年數 \_\_\_\_\_

9. 您覺得孩子對英語或者其他語言是否有理解、會話、閱讀或者書寫的困難或障礙？如何是，請描述。

是\*    否    不確定

           \*如果是，請解釋： \_\_\_\_\_

您認為這些困難有多嚴重？     輕微     有點嚴重     非常嚴重

10a. 您孩子是否曾被轉介接受特殊教育評估？     否     是\*    \*請完成下面10b部分

10b. \*如果曾被轉介接受評估，您孩子是否曾接受過特殊教育服務？

否     是 - 接受過的服務類型： \_\_\_\_\_

接受服務時的年齡 (請標注所有適用的選項)：

從出生到3歲 (早期干預)     3至5歲 (特殊教育)     6歲或更大 (特殊教育)

10c. 您孩子是否有個人化教育專案 (Individualized Education Program - IEP)？     否     是

11. 您還希望學校了解什麼關於您孩子的重要事項？ (例如特殊才能、健康問題等)

12. 您希望接收到何種語言的學校資訊？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月：    日：    年：

\_\_\_\_\_ 家長或家長關係人簽字

\_\_\_\_\_ 日期

與學生的關係：     家長     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: