



**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

**Chestionar despre limba vorbită acasă (Home Language Questionnaire - HLQ)**

Stimate părinte sau persoană în relație parentală,  
Pentru a-i oferi copilului dvs. cea mai bună educație posibilă, trebuie să determinăm cât de bine înțelege, vorbește, citește și scrie în engleză, precum și istoricul personal și școlar anterior. Vă rugăm să completați secțiunile de mai jos intitulate Mediul lingvistic și Istoric educațional. Asistența dvs. în a răspunde la aceste întrebări este foarte apreciată. Vă mulțumim.

<b>NUMELE ELEVULUI:</b>		
Prenumele	Al doilea prenume	Numele de familie
<b>DATA NAȘTERII:</b>		<b>SEXUL:</b>
Luna	Ziua	Anul
		<input type="checkbox"/> Masculin
		<input type="checkbox"/> Feminin
<b>INFORMAȚII PĂRINTE/PERSOANA ÎN RELAȚIE PARENTALĂ:</b>		
Numele de familie	Prenumele	Relația cu elevul

HOME LANGUAGE CODE

**Mediul lingvistic**

(Vă rugăm bifați tot ce se aplică.)

1. Ce limbă (limbi) se vorbește (vorbesc) în casa sau reședința elevului?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați
2. Care a fost prima limbă învățată de copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați
3. Care este limba maternă a fiecărui părinte/tutore?	<input type="checkbox"/> Părintele 1	_____	<input type="checkbox"/> Părintele 2	_____
	<input type="checkbox"/> Tutore(i)	_____	_____	specificați
4. Ce limbă (limbi) înțelege copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	specificați
5. Ce limbă (limbi) vorbește copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	<input type="checkbox"/> Nu vorbește
6. Ce limbă (limbi) citește copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	<input type="checkbox"/> Nu citește
7. În ce limbă (limbi) scrie copilul dvs.?	<input type="checkbox"/> Engleza	<input type="checkbox"/> Altele	_____	<input type="checkbox"/> Nu scrie

**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

## Chestionar despre limba vorbită acasă (HLQ) — Pagina a doua

### Istoric educațional

8. Indicați numărul total de ani în care copilul dvs. a fost înscris la școală \_\_\_\_\_

9. Credeți că copilul dvs. poate avea orice dificultăți sau afecțiuni care îi afectează capacitatea de a înțelege, vorbi, citi sau scrie în engleză sau în orice altă limbă? Dacă da, vă rugăm să le descrieți.

**Da\***    **Nu**    **Nu sunt sigur**

           \*Dacă da, vă rugăm explicați: \_\_\_\_\_

Cât de grave credeți că sunt aceste dificultăți?     Minore     Destul de grave     Foarte grave

10a. Copilul dvs. a fost vreodată trimis la o evaluare pentru educație specială în trecut?     Nu     Da\*    \*Vă rugăm completați 10b mai jos

10b. \*Dacă a fost trimis la o evaluare, copilul dvs. a primit vreun serviciu de educație specială în trecut?

Nu     Da – Tipul de servicii primite: \_\_\_\_\_

Vârsta la care au fost primite serviciile (Vă rugăm bifați tot ce se aplică):

De la naștere la 3 ani (Intervenție timpurie (Early Intervention))     De la 3 la 5 ani (Educație specială)

6 ani sau peste (Educație specială)

10c. Copilul dvs. are un program educațional individualizat (Individualized Education Program - IEP)?     Nu     Da

11. Mai este ceva ce considerați că este important pentru școală să cunoască despre copilul dvs.? (de ex., talente speciale, probleme de sănătate etc.)

12. În ce limbă (limbi) doriți să primiți informații din partea școlii? \_\_\_\_\_

Luna:                  Ziua:                  Anul:

\_\_\_\_\_  
Semnătura Părintelui sau Persoanei în relație parentală

\_\_\_\_\_  
Data

Relația cu elevul:     Părinte     Alta: \_\_\_\_\_

#### 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:

