



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
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

የአፍ መፍቻ ቋንቋ መጠይቅ (HLO)

ክቡር ወላጅ ወይም አሳዳጊ፡
ለልጅዎ የተሻለ የትምህርት አገልግሎት ለመስጠት
እንዲቻል፣ የእንግሊዝኛ ቋንቋን በምን ያህል ደረጃ
እንደሚረዳ፣ እንደሚናገር፣ እንደሚያነብና
እንደሚጽፍ እንደዚሁም የበሬት የት/ቤትና የግል ታሪኩ
ምን እንደሚመስል ማረጋገጥ አለብን። እባክዎ የቋንቋ
መነሻ ታሪክና የትምህርት ታሪክ የሚሉትን ከታች ያሉ
ክፍሎች ይሙሉ። ለእነዚህ ጥያቄዎች ለሚሰጡት
ምላሽ ምስጋናችንን የላቀ ነው።
እናመሰግናለን።

እባክዎ ይህን ክፍል ሲሞሉ በሚነበብ መልኩ ይጻፉ።		
የተማሪ ስም፡		
መጠሪያ ስም	የአባት ስም	የእያት ስም
የትውልድ ዘመን፡		ጾታ፡
		<input type="checkbox"/> ወንድ
		<input type="checkbox"/> ሴት
ወር	ቀን	ዓ.ም.
በወላጅ ግንኙነት መረጃ ውስጥ ያለ ወላጅ/ሰው፡		
የእያት ስም	መጠሪያ ስም	ከተማ/ሪ. ጋር ያለ ዝምድና

HOME LANGUAGE CODE

የቋንቋ መነሻ ታሪክ (እባክዎ አግባብነት ያለው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ።)		
1. ተማሪው በሚኖርበት ቤት ውስጥ የሚነገረው ቋንቋ(ዎች) ምንድን ነው (ናቸው)?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
2. ልጅዎ የተማረው ተቀዳሚ ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
3. የእያንዳንዱ ወላጅ/አሳዳጊ የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> አናት _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>	<input type="checkbox"/> አባት _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
4. ልጅዎ የሚረዳው ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
5. ልጅዎ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
6. ልጅዎ የሚያነብበው ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>
7. ልጅዎ የሚጽፈው ቋንቋ ምንድን ነው?	<input type="checkbox"/> እንግሊዝኛ	<input type="checkbox"/> ሌላ _____ <small>ግልጽ ያድርጉ</small>

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 _____	_____

የአፍ መፍቻ ቋንቋ መጠይቅ (HLO)- ገጽ ሁለት

የትምህርት ታሪክ

8. ልጅዎ በት/ቤት ውስጥ ተመዝገቦ የቆየበትን ትምህርት ደረጃ ለምሳሌ ዓመት ይጥቀሱ _____

9. ልጅዎ እንግሊዝኛ ወይም ሌሎች ቋንቋዎችን የመረዳት፣ የመናገር፣ የማንበብ ወይም የመጻፍ ችሎታው ላይ ተጽእኖ የሚያሳድሩ አስቸጋሪ ነገሮች ወይም ሁኔታዎች አሉ ብለው ያስባሉ? አዎ ካሉ፣ እባክዎ ይግለጹ::

አዎ* የለም እርግጠኛ አይደለሁም *አዎ ካሉ፣ እባክዎ ያብራሩ: _____

እነዚህ አስቸጋሪ ሁኔታዎች መጠናቸው ምን ያህል ነው? ገብተኛ በመጠኑ ከባድ በጣም ከባድ

10a. ልጅዎ ከዚህ በፊት ለልዩ ትምህርት ምዘና ተልኮዎቻል? የለም አዎ *እባክዎ ከታች ያለውን 10b ይሙሉ

10b. *ለምዘና ተልኮ ከሆነ፣ ልጅዎ ከዚህ በፊት የልዩ ትምህርት አገልግሎቶችን አግኝቶ ያውቃል? የለም አዎ - የተሰጠው አገልግሎት ዓይነት: _____

አገልግሎት ያገኘበት ዕድሜ (እባክዎ አግባብነት ያለው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ): ከወሊድ እስከ ከ3 ዓመት (Early Intervention) 3 እስከ 5 ዓመት (ልዩ ትምህርት) 6 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ (ልዩ ትምህርት)

10c. ልጅዎ የግለሰባዊ የትምህርት አገልግሎት (IEP) ያገኛል? አዎ የለም

11. ት/ቤቱ ስለልጅዎ ማወቅ አለበት ብለው የሚያስበው ሌላ ጉዳይ አለ? (ለምሳሌ፡- ልዩ ችሎታ፣ የጤና ጉዳይ፣ ወዘተ...) _____

12. ከት/ቤቱ የሚላክልዎ መረጃ በምን ቋንቋ እንዲሆን ይፈልጋሉ? _____

የወላጅ ወይም በወላጅ ግንኙነት ውስጥ ያለ ሰው ፈርማ _____ ወር: _____ ቀን: _____ ዓ.ም: _____

ከልጁ ጋር ያለ ዝምድና እናት አባት ሌላ: _____

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: <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: _____