



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

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူရှင် -
သင့်ကလေးအတွက် အကောင်းဆုံး ပညာရေး
ဖော်ဆောင်ပေးရန် အလို့ငှာ၊ ကျွန်ုပ်တို့မှ ၎င်း အင်္ဂလိပ်
ဘာသာစကားအား မည်မျှရရှိ ကောင်းစွာ ရေး၊ ဖတ်၊
ပြောဆို၊ နားလည်သည်ကို သိရှိရန် နှင့် ၎င်း၏ ယခင်
ပညာရေး၊ လူမှုရေး ရာဇဝင်တို့ကို သိထားရန်
လိုအပ်ပေသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါ
ဘာသာစကား နောက်ကြောင်းရာဇဝင် နှင့် ပညာရေး
သမိုင်းကြောင်း ဆိုင်ရာမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးပါ။
ထိုသို့ဖြေဆိုခြင်းဖြင့် သင့်ကူညီမှုကို ကျွန်ုပ်တို့မှ
လိုက်လံစွာ ကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။

ဤအပိုင်းအား ဖြည့်စွက်သည့်အခါ ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းလင်းစွာ ရေးသားပေးပါ။		
ကျောင်းသူ/သား အမည်။		
ပထမ အမည် စာလုံး	အလယ် အမည် စာလုံး	နောက်ဆုံး အမည် စာလုံး
မွေးသက္ကရာဇ်။		လိင်။
		<input type="checkbox"/> ကျား
		<input type="checkbox"/> မ
မိဘကလွာတွင် ဆောင်ရွက်နေသူ၏ သတင်းအချက်အလက်။		
နောက်ဆုံး အမည် စာလုံး	ပထမ အမည် စာလုံး	ပတ်သက်ပုံ

အိမ်သုံး ဘာသာစကား ကုဒ်

ဘာသာစကား နောက်ကြောင်းရာဇဝင်
(ဆိုင်ရာ အားလုံး ဖြေဆိုပါ။)

၁။ မည်သည့် ဘာသာစကား(များ) ကျောင်းသူ/သား၏ နေအိမ်၌ ပြောဆိုပါသနည်း?	<input type="checkbox"/> အင်္ဂလိပ်	<input type="checkbox"/> အခြား	_____	အသေးစိတ် ဖော်ပြပါ
၂။ သင့်ကလေး သင်ယူခဲ့သည့် ပထမ ဘာသာစကားမှာ အဘယ်နည်း?	<input type="checkbox"/> အင်္ဂလိပ်	<input type="checkbox"/> အခြား	_____	အသေးစိတ် ဖော်ပြပါ
၃။ မိဘ အုပ်ထိန်းသူ တဦးရင်းစီ၏ အိမ်သုံး ဘာသာစကားမှာ အဘယ်နည်း?	<input type="checkbox"/> မိခင်	_____	<input type="checkbox"/> ဖခင်	_____
	<input type="checkbox"/> အုပ်ထိန်းသူ	_____		_____
၄။ သင့်ကလေး မည်သည့် ဘာသာစကား(များ)ကို နားလည်ပါသနည်း?	<input type="checkbox"/> အင်္ဂလိပ်	<input type="checkbox"/> အခြား	_____	အသေးစိတ် ဖော်ပြပါ
၅။ သင့်ကလေး မည်သည့် ဘာသာစကား(များ)ကို ပြောဆိုပါသနည်း?	<input type="checkbox"/> အင်္ဂလိပ်	<input type="checkbox"/> အခြား	_____	<input type="checkbox"/> စကားမပြောပါ
၆။ သင့်ကလေး မည်သည့် ဘာသာစကား(များ)ကို ဖတ်မှတ်ပါသနည်း?	<input type="checkbox"/> အင်္ဂလိပ်	<input type="checkbox"/> အခြား	_____	<input type="checkbox"/> စာမဖတ်ပါ
၇။ သင့်ကလေး မည်သည့် ဘာသာစကား(များ)ကို ရေးသားပါသနည်း?	<input type="checkbox"/> အင်္ဂလိပ်	<input type="checkbox"/> အခြား	_____	<input type="checkbox"/> စာရေးပါ

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

အိမ်သုံး ဘာသာစကားဆိုင်ရာ သိလိုဖွယ်မေးခွန်းများ (HLQ)—စာမျက်နှာ နှစ်

ပညာရေး သမိုင်းကြောင်း

၈။ သင့်ကလေး စာရင်းပေးသွင်း ကျောင်းတက်ရောက်ခဲ့သည့် နှစ်ပေါင်းကို ဖော်ပြပေးပါ _____

၉။ သင့်ကလေးတွင် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား သို့မဟုတ် အခြားဘာသာစကားတို့ကို နားလည်၊ ပြောဆို၊ ဖတ်မှတ်၊ ရေးသားနိုင်ရန်အတွက် အခက်အခဲများ၊ သို့မဟုတ် အခြေအနေများ ရှိသည်ဟု သင်ယူဆပါသလား? အကယ်၍ ထိုသို့ယူဆပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။

ရှိ* မရှိ မသေချာ
 *အကယ်၍ ရှိပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းပြပါ - _____

ထိုအခက်အခဲများသည် မည်မျှ ပြင်းထန်သည်ဟု သင်ထင်ပါသနည်း? အသေးအဖွဲ အတော်အတန် အလွန်ပြင်းပြင်းထန်ထန်

၁၀က။ သင့်ကလေးအား ယခင်က အထူးပညာရေး ဆန်းစစ်ရန် လွှဲပြောင်းပေးအပ်ခြင်း ရှိခဲ့ဖူးပါသလား။ မရှိပါ ရှိသည်* *ကျေးဇူးပြု၍ ၁၀ခ ကို ဖြေဆိုပါ။

၁၀ခ။ *အကယ်၍ ဆန်းစစ်ရန် လွှဲပြောင်းပေးအပ်ခြင်း ရှိခဲ့ပါက၊ သင့်ကလေးသည် အတိတ်ကာလ၌ အထူးပညာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိခဲ့ဖူးပါသလား?

မရှိပါ ရှိသည် - ရရှိခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုဖော်ပြပါ _____
လ၊ နေ့ရက်၊ နှစ်၊

ထိုဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိခဲ့သည့် အသက်အရွယ် (သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးကို ဖော်ပြပါ)-

မွေးသည် မှ ဥနှစ်အထိ (ကနဦး ကြားဖြတ်မှု) ဥနှစ် မှ ၅နှစ် (အထူးပညာရေး) ၆နှစ်နှင့် အထက် (အထူးပညာရေး)

၁၀က။ သင့်ကလေးတွင် တဦးချင်းစီအတွက် ပညာရေး အစီအစဉ် (IEP) ရှိပါသလား? မရှိပါ ရှိသည်

၁၁။ သင့်ကလေးနှင့် ပတ်သက်၍ ကျောင်းမှ သိသင့်သိထိုက်သည် အခြား ကိစ္စများ ရှိပါသလား? (ဥပမာ။ ထူးချွန်မှုများ၊ ကျန်းမာရေး၊ အစရှိသဖြင့်။)

၁၂။ ကျောင်းမှ အချက်အလက်များကို မည်သည့် ဘာသာစကား(များ)ဖြင့် လက်ခံရရှိလိုပါသနည်း?

မိဘ သို့မဟုတ် မိဘကဏ္ဍတွင် တာဝန်ယူထားသူ၏ လက်မှတ် နေ့စွဲ

ကျောင်းသူ/သား နှင့် တော်စပ်ပုံ - မိခင် ဖခင် အခြား၊ _____

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:	
