



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

Kwestionariusz dot. języka ojczystego (HLQ – Home Language Questionnaire)

Szanowny Rodzicu lub Opiekunie:
Aby zapewnić Twojemu dziecku jak najlepszy poziom edukacji musimy ustalić jak dobrze ono rozumie, mówi i pisze po angielsku, a także przebieg jego dotychczasowej edukacji i życia osobistego. Prosimy wypełnić poniższe sekcje zatytułowane Przygotowanie językowe i Przebieg edukacji. Jesteśmy bardzo wdzięczni za odpowiedź na zawarte tam pytania. Dziękujemy.

| Prosimy wypełnić tę sekcję wyraźnym piśmem. | | |
|---|-------------|---|
| IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ: | | |
| | | |
| Imię | Drugie imię | Nazwisko |
| DATA URODZENIA: | | PŁEĆ: |
| | | <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska |
| Miesiąc | Dzień | Rok |
| RODZIC/OSOBA UDZIELAJĄCA INFORMACJI: | | |
| | | |
| | | |
| Nazwisko | Imię | Relacja względem ucznia |

KOD JĘZYKA OJCZYSTEGO

| |
|--|
| |
|--|

| Przygotowanie językowe (prosimy zaznaczyć pozycje które mają zastosowanie) | | |
|---|--|---|
| 1. W jakim języku (językach) mówi się w domu lub miejscu zamieszkania ucznia? | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i> |
| 2. Jaki był pierwszy język którego dziecko się nauczyło? | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i> |
| 3. Jaki jest język ojczysty każdego z rodziców/opiekunów? | <input type="checkbox"/> Matka _____ <i>podać</i> | <input type="checkbox"/> Ojciec _____ <i>podać</i> |
| | <input type="checkbox"/> Opiekun (Opiekunowie) _____ <i>podać</i> | |
| 4. Jaki język (języki) Twoje dziecko rozumie? | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i> |
| 5. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie mówić? | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i> |
| | | <input type="checkbox"/> Nie umie mówić |
| 6. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie czytać? | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i> |
| | | <input type="checkbox"/> Nie umie czytać |
| 7. W jakim języku (językach) Twoje dziecko umie pisać? | <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Inny _____ <i>podać</i> |
| | | <input type="checkbox"/> Nie umie pisać |

| THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED: | |
|--|--|
| SCHOOL DISTRICT INFORMATION: | STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM: |
| | |
| <i>District Name (Number) & School</i> | <i>Address</i> |

Kwestionariusz dot. języka ojczystego (HLQ)—druga strona

Przebieg dotychczasowej edukacji

8. Podać łączną liczbę lat w których dziecko uczęszczało do szkoły _____

9. Czy uważasz że Twoje dziecko może mieć jakieś trudności lub napotkać warunki które mogą wpłynąć na jego możliwość rozumienia, mówienia, czytania lub pisanie po angielsku lub w jakimkolwiek innym języku? Jeżeli tak, prosimy je opisać.

Tak* Nie Być może

 *Jeżeli tak, prosimy wyjaśnić: _____

Jak poważne wg Was są te trudności? Nieduże Dość poważne Bardzo poważne

10a. Czy Wasze dziecko było kiedykolwiek skierowane do badania pod kątem potrzeby edukacji specjalnej? Nie Tak* *Prosimy wypełnić 10b poniżej

10b. *Jeżeli było skierowane do badania, to czy Wasze dziecko kiedykolwiek przeszło jakąkolwiek formę edukacji specjalnej?

Nie Tak – Rodzaj tej edukacji: _____

Wiek w którym przechodziło edukację specjalną (prosimy zaznaczyć wszystko co dotyczy):

Od urodzenia do 3 lat (wczesna interwencja) 3 do 5 lat (edukacja specjalna) 6 lub więcej lat (edukacja specjalna)

10c. Czy Wasze dziecko podlega programowi edukacji indywidualnej (IEP)? Nie Tak

11. Czy jest jeszcze coś Waszym zadaniem ważnego co szkoła powinna wiedzieć w związku z Waszym dzieckiem? (np. specjalne uzdolnienia, wymagające troski sprawy zdrowotne itp.)

12. W jakim języku (językach) chcieliby Państwo otrzymywać informacje ze szkoły? _____

Miesiąc: Dzień: Rok:

Podpis rodzica lub opiekuna dziecka

Data

Relacja względem ucznia: Matka Ojciec Inne: _____

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: