



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

Home Language Questionnaire (HLQ) Questionário sobre a língua utilizada em casa (HLQ em inglês)

Prezados Pais/Responsáveis:
A fim de proporcionar a melhor educação possível para seu filho(a), precisamos determinar os níveis de conhecimento da língua nas 4 habilidades: Ouvir, Ler, Falar e Escrever, assim como seu histórico escolar. Por favor, preencher os campos abaixo com informações sobre a formação acadêmica. Obrigado por concordar em responder a este questionário.
Muito obrigado(a).

Favor preencher todos os campos com letra legível/maiúscula.		
NOME DO ALUNO:		
Nome	Nome do meio	Sobrenome
DATA DE NASCIMENTO:		SEXO:
Mês	Dia	Ano
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Feminino
INFORMAÇÃO DO PAI, MÃE/TUTOR:		
Sobrenome		Nome
		Grau de Parentesco

HOME LANGUAGE CODE

Conhecimento de idiomas (Por favor, marque o que se aplica.)

1. Que idioma(s) é(são) falado(s) em sua casa?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<i>especifique</i>
2. Qual foi o primeiro idioma que seu filho(a) aprendeu a falar?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<i>especifique</i>
3. Quais são os idiomas nativos de cada pai/tutor?	<input type="checkbox"/> Mãe	_____	<input type="checkbox"/> Pai	_____
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____		_____
4. Qual o idioma(s) seu filho(a) compreende?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<i>especifique</i>
5. Qual o idioma(s) seu filho(a) fala?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<input type="checkbox"/> Não fala
6. Qual o idioma(s) seu filho(a) lê?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<input type="checkbox"/> Não lê
7. Qual o idioma(s) seu filho(a) escreve?	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Outro	_____	<input type="checkbox"/> Não escreve

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>

Questionário sobre a língua utilizada em casa (HLQ em inglês) – Página 2

Formação Acadêmica

8. Quantos anos seu filho(a) frequenta a escola? _____.

9. Você acha que seu filho(a) apresenta dificuldades ou problemas específicos que afetam sua capacidade de compreender, falar, ler e escrever em inglês ou em qualquer outro idioma? Se sim, favor descrevê-los.

Sim* Não Não tenho certeza

 *Se sim, por favor explique: _____

How severe do you think these difficulties are? Pouco grave Grave Muito grave

10a. Alguma vez o seu filho(a) já foi encaminhado para uma avaliação de educação especial? Não Sim* *Favor completar o campo 10b abaixo

10b. *Se respondeu sim na questão anterior, o seu filho(a) já recebeu algum tipo de serviço de educação especial?

Não Sim – Que tipo de serviço(s) o seu filho(a) já recebeu: _____

A idade em que o serviço(s) foi recebido (Por favor marque o que se aplica):

Do nascimento aos 3 anos (Intervenção Precoce) 3 aos 5 anos (Educação Especial) 6 anos ou mais (Educação Especial)

10c. O seu filho(a) tem um Programa de Educação Individualizada (IEP em inglês)? Não Sim

11. Existe qualquer outra coisa sobre o seu filho(a) que seria importante a escola saber? (p.ex., talentos especiais, preocupações com a saúde, etc.)

12. Qual o idioma(s) você deseja receber informações da escola? _____

Mês: Dia: Ano:

Assinatura dos Pais/Tutores

Data

Grau de Parentesco: Mãe Pai Outro: _____

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:
