



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

## Chestionar despre limba vorbită acasă (HLQ – Home Language Questionnaire)

Stimate părinte sau tutore,  
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 apreciată. Vă mulțumim.

| Scrieți clar de tipar în această secțiune.        |                   |                                   |
|---|-------------------|-----------------------------------|
| NUMELE ELEVULUI:                                  |                   |                                   |
| _____   |                   |                                   |
| Prenumele   | Al doilea prenume | Numele de familie                 |
| _____   | _____             | _____                             |
| DATA NAȘTERII:                                    |                   | SEXUL:                            |
| _____   |                   | <input type="checkbox"/> Masculin |
| _____   |                   | <input type="checkbox"/> Feminin  |
| Luna  | Ziua              | Anul                              |
| _____   | _____             | _____                             |
| INFORMAȚII PĂRINTE/PERSOANA ÎN RELAȚIE PARENTALĂ: |                   |                                   |
| _____   |                   |                                   |
| _____   |                   |                                   |
| Numele de familie                                 | Prenumele         | Relația cu elevul                 |
| _____   | _____             | _____                             |

CODUL LIMBII VORBITE ACASĂ

### Mediul lingvistic (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"/> Mama      | _____                           | <input type="checkbox"/> Tatăl | _____                                |
|   | <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. 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

| <b>Istoric educațional</b>   |
|--|
| 8. Indicați numărul total de ani în care copilul dvs. a fost înscris la școală _____   |
| 9. Credeți că copilul dvs. poate avea dificultăți sau condiții 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.<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>Da* <input type="checkbox"/></span> <span>Nu <input type="checkbox"/></span> <span>Nu sunt sigur <input type="checkbox"/></span> </div> *Dacă da, explicați: _____ |
| Cât de grave credeți că sunt aceste dificultăți? <input type="checkbox"/> Minore <input type="checkbox"/> Destul de grave <input type="checkbox"/> Foarte grave  |
| 10a. Copilul dvs. a fost vreodată <u>trimis</u> pentru o evaluare educațională specială în trecut? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da* *Completați 10b mai jos  |
| 10b. *Dacă a fost trimis pentru o evaluare, copilul dvs. a primit orice servicii educaționale speciale în trecut?<br><input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da – Tipul de servicii primite: _____  |
| Vârsta la care au fost primite serviciile (Bifați tot ce se aplică):<br><input type="checkbox"/> De la naștere la 3 ani (Intervenție timpurie) <input type="checkbox"/> De la 3 la 5 ani (Educație specială) <input type="checkbox"/> 6 ani sau peste (Educație specială)  |
| 10c. Copilul dvs. are un program educațional individualizat (IEP)? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> 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.)<br>_____<br>_____<br>_____   |
| 12. În ce limbă (limbi) doriți să primiți informații din partea școlii? _____  |

\_\_\_\_\_ Luna: \_\_\_\_\_ Zua: \_\_\_\_\_ Anul: \_\_\_\_\_  
**Semnătura Părintelui sau Persoanei în relație parentală** **Data**

Relația cu elevul:  Mama  Tatăl  Alta: \_\_\_\_\_

| 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: _____<br><small>MO. DAY YR.</small>   | OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL<br><input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT<br><input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM                               |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL   |   |
| NAME: _____   | POSITION: _____   |
| DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____<br><small>MO. DAY YR.</small>  | 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: |   |