



Angelica Infante-Green, 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

## گھریلو زبان کے بارے میں سوالنامہ (ایچ ایل کیو) Home Language Questionnaire (HLQ)

آپ جب یہ حصہ مکمل کر رہے ہوں تو مہربانی فرما کر صاف صاف لکھیں		
طالب علم کا نام		
نام کا آخری حصہ	م کا درمیان والا حصہ	نام کا پہلا حصہ
جنس	تاریخ پیدائش	
<input type="checkbox"/> مرد		
<input type="checkbox"/> عورت		
سال	دن	ماہ
والدین / والدین جیسے رشتہ دار کے بارے میں معلومات		
نام کا آخری حصہ	نام کا پہلا حصہ	طالب علم کے ساتھ تعلق

عزیزی والدین یا سرپرست  
آپ کے لڑکے / لڑکی کو ممکنہ بہترین تعلیم  
دینے کے لیے ہمیں یہ تعین کرنے کی ضرورت  
ہے کہ وہ کتنی اچھی طرح سے انگلش سمجھتا /  
سمجھتی ، بولتا/ بولتی اور لکھتا / لکھتی ہے اور  
پہلی سکول ہسٹری کیا ہے۔ مہربانی کر کے  
نیچے کی سیکشن زبان کا پس منظر اور تعلیمی  
ہسٹری کو مکمل کریں۔ ان سوالات کے جوابات  
دینے میں آپ کی مدد قابل ستائش ہے۔  
آپ کا شکریہ

### گھریلو زبان کا کوڈ

زبان کا پس منظر (مہربانی کر کے ہر متعلقہ سوال کا جواب دیں)	
1. طالب علم کے گھر / رہائش میں کون سی زبان / زبانیں بولی جاتی ہیں؟ <input type="checkbox"/> انگلش <input type="checkbox"/> دوسری _____ وضاحت کریں	
2. وہ پہلی زبان کونسی تھی جو آپ کے بچے نے سیکھی تھی؟ <input type="checkbox"/> دوسری <input type="checkbox"/> دوسری _____ وضاحت کریں	
3. دونوں والد اور والدہ کی گھریلو زبان کون سی ہے؟ <input type="checkbox"/> باپ <input type="checkbox"/> ماں _____ وضاحت کریں	
4. آپ کا بچہ کونسی زبان / زبانیں سمجھتا ہے؟ <input type="checkbox"/> دوسری <input type="checkbox"/> دوسری _____ وضاحت کریں	
5. آپ کو بچہ کون سی زبان / زبانیں بولتا ہے؟ <input type="checkbox"/> دوسری <input type="checkbox"/> دوسری _____ وضاحت کریں	
6. آپ کا بچہ کون سی زبان / زبانیں پڑھتا ہے؟ <input type="checkbox"/> دوسری <input type="checkbox"/> دوسری _____ وضاحت کریں	
7. آپ کا بچہ کون سی زبان / زبانیں لکھتا ہے؟ <input type="checkbox"/> دوسری <input type="checkbox"/> دوسری _____ وضاحت کریں	

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

## گھریلو زبان کے بارے میں سوالنامہ (ایچ ایل کیو) (Home Language Questionnaire (HLQ))

تعلیمی ہسٹری	
	8. آپکا بچہ کُل کتنے سالوں سے سکول میں داخل ہے نشاندہی کریں _____
9. کیا آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کے لڑکے / لڑکی کو کسی بھی مشکلات یا حالات کا سامنا ہے جو اس کی انگریزی یا کسی بھی دوسری زبان سمجھنے، بولنے اور لکھنے کی صلاحیت پر اثر انداز ہو رہی ہیں۔ اگر اس کا جواب ہاں ہے تو مہربانی کر کے ان کی وضاحت کریں۔	
<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ہاں    <input type="checkbox"/> نہیں    <input type="checkbox"/> یقین نہیں    * اگر اس کا جواب ہاں ہے تو مہربانی کر کے ان کی وضاحت : _____         </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> بہت شدید    <input type="checkbox"/> کچھ سخت    <input type="checkbox"/> عام    آپ ان مشکلات کو کتنا شدید سمجھتے ہیں؟         </p>	
<p>a10. کیا آپ کو ماضی میں کبھی بھی خاص تعلیم کی تشخیص کرنے لیے ریفر کیا گیا تھا؟</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ہاں    <input type="checkbox"/> نہیں    (مہربانی کر کے 10b تک مکمل کریں)         </p>	
<p>b10. اگر تشخیص کے لیے بھیجا گیا تھا تو کیا آپ کے بچے نے کبھی ماضی میں سپیشل تعلیم سروس حاصل کی؟</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ہاں    <input type="checkbox"/> نہیں    جو سروس حاصل کی گئی اس کی قسم _____         </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> پیدائش سے تین سال تک    (ابتدائی مداخلت)    <input type="checkbox"/> تین سے پانچ سال تک    (مخصوص تعلیم)    <input type="checkbox"/> چھ سال یا اس سے زیادہ    (مخصوص تعلیم)         </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ہاں    <input type="checkbox"/> نہیں    <input type="checkbox"/> تین سے تین سال تک    (ابتدائی مداخلت)    <input type="checkbox"/> تین سے پانچ سال تک    (مخصوص تعلیم)    <input type="checkbox"/> چھ سال یا اس سے زیادہ    (مخصوص تعلیم)         </p>	
<p>c10. کیا آپ کے بچے کو انفرادی تعلیمی پروگرام کے لیے چنا گیا تھا؟</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ہاں    <input type="checkbox"/> نہیں         </p>	
<p>11. کیا آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کے بچے کے بارے میں مزید کچھ ہے جس کا جاننا سکول کی لیے اہم ہے۔ (مثلاً خاص زبانیت، صحت کے بارے میں خدشات وغیرہ)</p>	
<p>سکول کی طرف سے آپ کس زبان میں معلومات حاصل کرنا چاہیں گے؟ _____</p>	

سال \_\_\_\_\_ دن \_\_\_\_\_ ماہ \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_  
 والدین یا والدین کے برابر رشتہ دار کے دستخط: \_\_\_\_\_ طالب علم کے ساتھ رشتہ  باپ  ماں  دوسرا \_\_\_\_\_

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: _____	