



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

היים שפראך אנקעטע (HLQ)

ליבע עלטערן אדער גארדיאן:
כדי צו צושטעלן דיין קינד מיט די בעסטע עדוקאציע
מעגלעך, דארפן מיר באשליסן ווי גוט ער אדער זי
פארשטייט, רעדט, ליינט און שרייבט אין ענגליש, ווי
אויך ווי פריערדיקע שולע און פערזענלעך היסטארי.
ביטע אויספילן די חלקים אונטן אנגערופן שפראך
דינטערגרונט און עדוקאציע היסטארי. דיין הילף אין
ענטפערן די שאלות איז זייער אפרישיאייטעד.
א דאנק.

ביטע שרייבן קלאר ווען אויספילן דעם אפטיילונג.		
תלמיד נאמען:		
לעצטע	מיטל	ערשטע
דזשענדער:		טאג פון געבורט:
<input type="checkbox"/> זכר		
<input type="checkbox"/> נקבה	יאר	טאג חודש
עלטערן / מענטש אין אלטערן ראלע אינפארמאציע:		
שייכות צום תלמיד	ערשטע נאמען	לעצטע נאמען

HOME LANGUAGE CODE

שפראך דינטערגרונט

(ביטע טשעק אלע וואס זיינען שייך.)

1. וועלכע שפראך(ן) ווערט(ן) גערעדט אין דער תלמיד'ס היים אדער ווינארט?	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> ענגליש	_____	ספעציפירט
2. וואס איז געווען דער ערשטער שפראך דיין קינד האט געלערנט?	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> ענגליש	_____	ספעציפירט
3. וואס איז די היים שפראך פון יעדע עלטערן/גארדיאן?	<input type="checkbox"/> טאטע	<input type="checkbox"/> מאמע	_____	ספעציפירט
	<input type="checkbox"/> גארדיאן		_____	ספעציפירט
4. וועלכע שפראך(ן) פארשטייט דיין קינד?	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> ענגליש	_____	ספעציפירט
5. וועלכע שפראך(ן) רעדט דיין קינד?	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> ענגליש	_____	ספעציפירט
6. וועלכע שפראך(ן) ליינט דיין קינד?	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> ענגליש	_____	ספעציפירט
7. וועלכע שפראך(ן) שרייבט דיין קינד?	<input type="checkbox"/> אנדערע	<input type="checkbox"/> ענגליש	_____	ספעציפירט

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

היים שפראך אנקעטע (HLQ) - זייט צוויי

עדוקאציע היסטארי	
8. צייכט אפ די טוטאלע נומער פון יארן וואס דיין קינד איז שוין פארשריבן אין שולע _____	
9. איר טראכט אז אייער קינד האט שוועריקייטן אדער טנאים וואס האלטן צוריק זיין אדער איר פיייקייט צו פארשטיין, רעדן, ליינען אדער שרייבן אין ענגליש אדער אן אנדערע שפראך? אויב יא, ביטע זיי באשרייבן. יא* <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> נישט זיכער <input type="checkbox"/> **אויב יא, ביטע זיי מזכיר: _____	
ווי שטרענג טראכט איר זענען די שוועריקייטן? <input type="checkbox"/> א ביסל <input type="checkbox"/> עפעס שטרענג <input type="checkbox"/> זייער שטרענג <input type="checkbox"/>	
10. איז דיין קינד אמאל געווארן <u>רעפערד</u> פאר א ספעציעלע עדוקאציע אוואלואציע אין דער פארגאנגענהייט? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא* *ביטע פילט אויס 10 אונטן	
10. <u>אויב רעפערד פאר אן אוואלואציע</u> , האט דיין קינד אמאל באקומען ספעציעלע עדוקאציע באדינונגען אין די פארגאנגענהייט? ניין <input type="checkbox"/> יא - מין באדינונגען באקומען: _____	
עלטער אין וואס באדינונגען באקומען (ביטע טשעק אלע וואס זענען שייך): <input type="checkbox"/> געבורט צו 3 יאר (ערלי אריינמישונג) <input type="checkbox"/> 3-5 יאר (ספעציעלע עדוקאציע) <input type="checkbox"/> 6 יאר אדער עלטער (ספעציעלע עדוקאציע)	
10. האט דיין קינד א פערזענדליכע עדוקאציע פראגראם (IEP)? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא	
11. איז דא נאך עפעס איר טראכט איז וויכטיק פאר דער שולע צו וויסן וועגן אייער קינד? (למשל, ספעציעלע טאלאנטן, געזונט באזארגן, אד"ג)	
12. אין וועלכע שפראך(ן) וואלט איר געוואלט באקומען אינפארמאציע פון די שולע? _____	

אונטערשריפט פון טאטע/מאמע אדער פון מענטש אין עלטערן ראלע	חודש: _____ טאג: _____ יאר: _____ דאטע
שייכות צום תלמיד: <input type="checkbox"/> מאמע <input type="checkbox"/> טאטע <input type="checkbox"/> אנדערע:	

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: <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:	