



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

## Вопросы о родном языке (HLQ)

**Уважаемый родитель или опекун:**  
Для того, чтобы обеспечить Вашему ребенку наилучшее образование, мы должны определить, насколько хорошо он или она понимает, говорит, читает и пишет на английском, а также знать предшествующее школьное образование и личную историю ребенка. Пожалуйста, заполните разделы ниже под названиями Информация о языке и Сведения об образовании. Ваша помощь в ответе на эти вопросы принимается с благодарностью. Спасибо.

Пожалуйста, пишите разборчиво при заполнении этого раздела.			
<b>ИМЯ УЧЕНИКА:</b>			
Имя	Отчество	Фамилия	
<b>ДАТА РОЖДЕНИЯ:</b>			<b>Пол:</b>
Месяц	День	Год	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
<b>ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ / ЛИЦЕ, ИМЕЮЩЕГО РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ:</b>			
Фамилия		Имя	Родство с учеником
Код родного языка			

<b>Информация о языке</b> (Пожалуйста, отметьте все, что относится.)			
1. На каком языке (-ах) говорят в доме ученика или месте его проживания?	<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> Другой	_____ <small>укажите какой(-ие)</small>
2. Какой первый язык изучил Ваш ребенок?	<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> Другой	_____ <small>укажите какой(-ие)</small>
3. Какой родной язык каждого родителя/ опекуна?	<input type="checkbox"/> Мать _____ <small>укажите какой(-ие)</small>	<input type="checkbox"/> Отец _____ <small>укажите какой(-ие)</small>	<input type="checkbox"/> Опекун(ы) _____ <small>укажите какой(-ие)</small>
4. Какой(-ие) язык (-и) понимает Ваш ребенок?	<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> Другой	_____ <small>укажите какой(-ие)</small>
5. На каком(-их) языке (-ах) говорит Ваш ребенок?	<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> Другой _____ <small>укажите какой(-ие)</small>	<input type="checkbox"/> Не говорит
6. На каком(-их) языке (-ах) читает Ваш ребенок?	<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> Другой _____ <small>укажите какой(-ие)</small>	<input type="checkbox"/> Не читает
7. На каком(-их) языке (-ах) пишет Ваш ребенок?	<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> Другой _____ <small>укажите какой(-ие)</small>	<input type="checkbox"/> Не пишет

### ЭТОТ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАЙОНОМ, В КОТОРОМ ЗАРЕГИСТРИРОВАН УЧЕНИК:

<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>	<b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b>
<small>District Name (Number) &amp; School</small>	<small>Address</small>

## Вопросы о родном языке (HLQ)—Вторая страница

### Сведения об образовании

8. Укажите количество всех лет, на протяжении которых Ваш ребенок был зачислен в школе \_\_\_\_\_

9. Считаете ли Вы, что у Вашего ребенка есть какие-нибудь трудности или обстоятельства, влияющие на его или ее способность понимать, разговаривать, читать или писать по-английски или на каком-нибудь другом языке? Если да, опишите их.

Да\*   Нет   Не уверен

      \*Если да, пожалуйста объясните \_\_\_\_\_

Как Вы думаете, насколько серьезны эти трудности?    Не очень    В какой-то степени    Очень серьезны

10а. **Направлялся ли Ваш ребенок когда-нибудь в прошлом на оценку для специального образования?**    Нет    Да\*

\*Пожалуйста, заполните 10б внизу

10б. \*Если направлялся на оценку, получал ли Ваш ребенок когда-нибудь какие-либо услуги специального образования в прошлом?

Нет    Да – Вид полученных услуг: \_\_\_\_\_

В каком возрасте были получены услуги (Пожалуйста, отметьте все, что подходит):

С рождения до 3 лет (Раннее Вмешательство)    с 3 до 5 лет (Специальное Образование)    с 6 лет или старше

(Специальное Образование)

10с. Есть ли у Вашего ребенка Индивидуальная Программа Образования (IEP)?    Нет    Да

11. Есть ли еще что-нибудь, что Вы считаете важным для школы знать о Вашем ребенке? (т.е., особые таланты, проблемы со здоровьем, и т.д.)

12. На каком языке Вы хотели бы получать информацию из школы? \_\_\_\_\_

Месяц:   День:   Год:

Подпись родителя или Лица, имеющего родительские отношения

Дата

Отношение к студенту:    Мать    Отец    Иное лицо: \_\_\_\_\_

### 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: