



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

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLO" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

| Por favor escriba con claridad al completar esta sección. | | |
|---|----------------|----------------------------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE: | | |
| Nombre | Segundo nombre | Apellido |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | GÉNERO: |
| Mes | Día | Año |
| INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL | | |
| | | |
| Apellido | Primer Nombre | Relación con el estudiante |
| CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR | | |

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

| | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---|
| 1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| 2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| 3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor? | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| | <input type="checkbox"/> Tutor(es) | | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| 4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |
| | | | <i>especifique</i> |
| 5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> No sabe hablar |
| | | | <i>especifique</i> |
| 6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> No sabe leer |
| | | | <i>especifique</i> |
| 7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> No sabe escribir |
| | | | <i>especifique</i> |

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLO) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

*Sí** *No* *No se sabe*
 * En caso afirmativo, por favor explique : _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* * *Por favor, llene 10b.*

10b. **Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?*
 No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (*favor de marcar todas las opciones que sean aplicables*):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (“IEP” por sus siglas en inglés)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?
(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

.....

.....

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal *Date*
 Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

| 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: _____ <small>MO. DAY YR.</small> | 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: _____ <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: | |