



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

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Тел: +1 (718) 722-2445 / Факс: +1 (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
+1 (518) 474-8775 / Факс: +1 (518) 474-7948

Въпросник за родния език (HLQ)

Уважаеми родители или настойници,
За да осигурим най-доброто образование
на детето Ви, е необходимо да
установим доколко добре то разбира,
говори, чете и пише на английски, както
и да получим информация за
образованието и личната му история.
Моля попълнете разделите
„Информация за езиковата среда“ и
„Образователно минало“. Отговорите
Ви ще са изключително полезни за нас.
Благодарим Ви.

Моля, попълвайте четливо данните в този раздел

ИМЕ НА УЧЕНИКА:		
_____	_____	_____
собствено	бащино	фамилно
ДАТА НА РАЖДАНЕ:		ПОЛ:
_____	_____	<input type="checkbox"/> мъжки
месец	ден	година
_____	_____	<input type="checkbox"/> женски
ДАНИИ ЗА РОДИТЕЛЯ/ЛИЦЕТО С РОДИТЕЛСКИ ФУНКЦИИ:		
_____	_____	_____
фамилно име	собствено име	връзка с ученика

Код на родния език

Информация за езиковата среда

(Отметнете всички квадратчета, които се отнасят за ученика)

1. На кой език/езици се говори в къщи или в жилището на ученика?	<input type="checkbox"/> английски	<input type="checkbox"/> друг(и)	_____
			уточнете
2. Първият научен от детето Ви език (роден език)	<input type="checkbox"/> английски	<input type="checkbox"/> друг	_____
			уточнете
3. На кой език говорят вкъщи родителите/настойниците?	<input type="checkbox"/> майка	_____	<input type="checkbox"/> баща
		уточнете	_____
	<input type="checkbox"/> настойник(ци)	_____	уточнете
4. Кои езици разбира детето Ви?	<input type="checkbox"/> английски	<input type="checkbox"/> друг(и)	_____
			уточнете
5. Кои езици говори детето Ви?	<input type="checkbox"/> английски	<input type="checkbox"/> друг(и)	<input type="checkbox"/> не говори
		уточнете	
6. На кои езици детето Ви може да чете?	<input type="checkbox"/> английски	<input type="checkbox"/> друг(и)	<input type="checkbox"/> не чете
		уточнете	
7. На кои езици детето Ви може да пише?	<input type="checkbox"/> английски	<input type="checkbox"/> друг(и)	<input type="checkbox"/> не пише
		уточнете	

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

Въпросник за родния език (HLQ)—Част 2

Образователно минало
8. Посочете от колко години (общо) детето Ви посещава училище _____
9. Смятате ли, че детето Ви може да има някакви затруднения, или че определени условия могат да повлияят на способността му да разбира, говори, чете или пише на английски или на някой друг език? Ако отговорите „да“, моля, опишете ги. <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>да* <input type="checkbox"/></p> <p>не <input type="checkbox"/></p> <p>не съм сигурен/на <input type="checkbox"/></p> </div> <p>*Ако сте посочили да, моля уточнете: _____</p> </div>
Колко сериозни са според Вас тези затруднения? <input type="checkbox"/> незначителни <input type="checkbox"/> относително сериозни <input type="checkbox"/> много сериозни
10а. <u>Насочвано</u> ли е било някога детето Ви за оценка на необходимостта от специално обучение? <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да* <i>*Моля, попълнете 10б по-долу</i>
10б. <i>*В случай, че е било насочвано, получавало</i> ли е някакви услуги за специално обучение? <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да – Тип услуги: _____
Възраст, на която са били получавани услугите: (Моля, отбележете всички съответни периоди): <input type="checkbox"/> от раждането до 3 години (ранна интервенция) <input type="checkbox"/> от 3 години до 5 години (специално обучение) <input type="checkbox"/> на 6 години и по-късно (специално обучение)
10в. Има ли детето Ви Индивидуална учебна програма (Individualized Education Program, IEP)? <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да
11. Има ли друга важна информация за детето Ви, която училището трябва да знае? (например особени способности/таланти, здравни проблеми и подобни) _____ _____ _____
12. На кой език/ци предпочитате да получавате информация от училището? _____

месец: _____ ден: _____ година: _____

Подпис на родител или лице с родителски функции

дата

Връзка с ученика: майка баща друго: _____

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:	