



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

### 가정언어 설문서 (HLQ)

학부모님 또는 보호자님께:  
저희들은 자녀들에게 최상의 교육을 제공하기 위해 학생들이 얼마나 영어를 이해하고 말하고 읽고 쓸 수 있는지와 과거 학업과 개인 이력을 알아야 합니다. 아래에 언어 배경과 교육 배경을 밝혀주십시오. 아래 질문에 답해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

분명하게 기입하십시오.		
학생 성명		
이름 (First)		성 (Last)
생년월일:		성별:
월/	일/	년/
		<input type="checkbox"/> 남
		<input type="checkbox"/> 여
부모/부모를 대신하는 사람 정보:		
성 (Last Name)	이름 (First Name)	학생과의 관계

HOME LANGUAGE CODE

### 언어 배경

(적용되는 것 전부 체크하십시오.)

1. 학생의 가정에서 어떤 언어(들)로 말합니까?	<input type="checkbox"/> 영어	<input type="checkbox"/> 그외	_____	밝히시오
2. 학생이 제일 먼저 배운 언어는 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 영어	<input type="checkbox"/> 그외	_____	밝히시오
3. 학부모/보호자의 모국어는 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 어머니	_____	<input type="checkbox"/> 아버지	_____
		_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> 보호자	_____	_____	_____
4. 자녀는 어떤 언어(들)를 이해합니까?	<input type="checkbox"/> 영어	<input type="checkbox"/> 그외	_____	_____
5. 자녀는 어떤 언어(들)로 말합니까?	<input type="checkbox"/> 영어	<input type="checkbox"/> 그외	_____	<input type="checkbox"/> 말못함
6. 자녀는 어떤 언어(들)로 읽습니까?	<input type="checkbox"/> 영어	<input type="checkbox"/> 그외	_____	<input type="checkbox"/> 읽지 못함
7. 자녀는 어떤 언어(들)로 씁니까?	<input type="checkbox"/> 영어	<input type="checkbox"/> 그외	_____	<input type="checkbox"/> 쓰지 못함

### 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	

## 가정언어 설문서 (HLQ)—2 쪽

### 교육 배경

8. 학교에 총 몇 해를 다녔습니까? \_\_\_\_\_

9. 자녀가 영어나 다른 언어를 이해하고, 사용하고, 읽고, 쓰는 데 힘들거나, 힘들게 만든 조건이 있다고 생각하십니까?

“네”라고 하시면 설명해 주십시오.

네\*  아니오  잘 모릅니다

\*네'라고 하시면 설명하십시오.: \_\_\_\_\_

그러한 어려움이 얼마나 심각하다고 생각하십니까?  약간  좀 심함  아주 심함

10a. 전에 특수장애 교육 평가를 받도록 되었습니까?  아니요  네\* \*10b 를 기입하십시오.

10b. \*평가를 받게 되었으면, 자녀가 특수장애 교육 서비스를 받은 적이 있습니까?

아니요  네 - 어느유형의 서비스: \_\_\_\_\_

서비스를 받은 나이 ( 적용되는 것 전부 체크하십시오):

생후 3 년간 (조기 개재)  3 살부터 5 살까지 (특수장애교육)  6 살 이상 (특수장애교육)

10c. 자녀는 개별교육 프로그램을 갖고 있습니까 (IEP)?  아니요  네

11. 학교가 자녀에 대해서 알아야한다고 생각하시는 것은 또 무엇이 있습니까? (예., 특기, 건강 사항, 등등.)

12. 학교로부터 받는 정보는 어떤 언어(들)로 받기를 원하십니까? \_\_\_\_\_

월:            일:            년:

*학부모나 학부모를 대신하는 사람의 서명*

*날자*

학생과 관계:  어머니  아버지  그외: \_\_\_\_\_

### 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: