



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

**ਘਰ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ (HLQ)**

ਪਿਆਰੇ ਮਾਤਾ- ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਗਾਰਡੀਅਨ: ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਵਧੀਆ ਸੰਭਵ ਸਿੱਖਿਆ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੇ ਆਦੇਸ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਕਿਤਨੀ ਚੰਗੀ ਤਰਾਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ ਹੈ, ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਪੜ੍ਹਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਿਖਦਾ ਹੈ ਇਹਨਾ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਸਲਾਘਾ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।  
ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਸਾਫ-ਸਾਫ ਲਿਖੋ।			
ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ:			
ਪਹਿਲਾ	ਮਿਡਲ	ਆਖਰੀ	
ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ:			ਲਿੰਗ
			<input type="checkbox"/> ਪੁਰਸ਼ <input type="checkbox"/> ਇਸਤ੍ਰੀ
ਮਹੀਨਾ	ਦਿਨ	ਸਾਲ	
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ / ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਆਖਰੀ ਨਾਂ	ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ	ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	

HOME LANGUAGE CODE / ਘਰ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕੋਡ

ਭਾਸ਼ਾ ਪਿਛੋਕੜ			
(✓ ਕਰੋ ਖਾਣੇ ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ)			
1. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਘਰ ਜਾਂ ਰਿਹਾਇਸ਼ 'ਚ ਕੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	ਦੱਸੋ _____
2. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੇ ਪਹਿਲੇ ਕਹਿੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਿੱਖੀ ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	ਦੱਸੋ _____
3. ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਘਰ ਕੀ ਭਾਸ਼ਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਮਾਤਾ	<input type="checkbox"/> ਪਿਤਾ	ਦੱਸੋ _____
	<input type="checkbox"/> ਸਰਪ੍ਰਸਤ		ਦੱਸੋ _____
4. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਕਿਨਹਾਂ ਭਾਸ਼ਾ (ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ) ਦੀ ਸਮਝ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	ਦੱਸੋ _____
5. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਹਿੜੀ ਭਾਸ਼ਾ (ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ) ਬੋਲਦਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਬੋਲਦਾ
6. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਹਿੜੀ ਭਾਸ਼ਾ (ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ) ਪੜ੍ਹਦਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਪੜ੍ਹਦਾ
7. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਹਿੜੀ ਭਾਸ਼ਾ (ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ) ਲਿਖਦਾ ਹੈ ?	<input type="checkbox"/> ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਲਿਖਦਾ

**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

**ਘਰ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ (HLQ) ਸਫ਼ਾ ਦੇ**

ਵਿੱਦਿਅਕ ਇਤਿਹਾਸ
8. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਕਿਤਨੇ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਦਾਖਲ ਹੈ? _____
9. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਮੁਸ਼ਕਲ ਜਾਂ ਹਾਲਾਤ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ, ਲਿਖਣ ਬੋਲਣ ਜਾਂ ਸਮਝਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ ? ਉਹ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ ਜੀ * ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਪਤਾ ਨਹੀਂ * : ਹਾਂ ਹੈ ਤੇ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ _____ ਇਹ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਕਿਤਨੀਆਂ ਗੰਭੀਰ ਹਨ ? <input type="checkbox"/> ਬਹੁਤ ਘੱਟ <input type="checkbox"/> ਕੁਝ ਗੰਭੀਰ <input type="checkbox"/> ਬਹੁਤ ਗੰਭੀਰ
10a. ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਕਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ ਲਈ ਪੜਤਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ * * ਹੇਠ 10 b ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਜੀ
10b. * ਜੇ ਪੜਤਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੇ ਕਦੇ ਅਤੀਤ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ - ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸੇਵਾ: _____ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਮੇਂ ਉਮਰ (✓ ਕਰੋ ਖਾਣੇ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੋਣ) <input type="checkbox"/> ਜਨਮ ਤੋਂ 3 ਸਾਲ (ਅਰਲੀ ਇੰਟਰਵੈਂਸ਼ਨ) <input type="checkbox"/> 3- 5 ਸਾਲ (ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ) <input type="checkbox"/> 6 ਸਾਲ ਜ ਵੱਧ ਉਮਰ (ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ)
10c. ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕੋਲ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿੱਖਿਆ ਪਰੋਗਰਾਮ (IEP) ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
11. ਸਕੂਲ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ? ( ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਖਾਸ ਹੁਨਰ, ਸਿਹਤ, ਆਦਿ) _____ _____ _____
12. ਤੁਸੀਂ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਕਿਸ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? _____

	ਮਹੀਨਾ:	ਦਿਨ:	ਸਾਲ:
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ		ਮਿਤੀ	
ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: <input type="checkbox"/> ਮਾਤਾ <input type="checkbox"/> ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ: _____			

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:	