



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

### Анкета про рідну мову (HLO)

*Шановний батько або опікун!  
Для того, щоб забезпечити  
найкращу освіту вашої дитини,  
потрібно визначити, наскільки добре  
вона розуміє, розмовляє, читає і пише  
англійською мовою, а також  
дізнатися про її навчання в минулому  
та особисту історію. Будь ласка,  
заповніть нижче розділи під назвами  
«Мовне Середовище» і «Навчальна  
Історія». Ми високо цінуємо вашу  
допомогу у відповіді на ці питання*

*Дякуємо вам.*

Будь ласка, при заповненні цього розділу пишіть чітко		
ІМ'Я СТУДЕНТА:		
Ім'я	По-батькові	Прізвище
ДАТА НАРОДЖЕННЯ:		СТАТЬ:
Місяць	День	Рік
		<input type="checkbox"/> чоловіча <input type="checkbox"/> жіноча
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОДНОГО ІЗ БАТЬКІВ АБО ІНШОЇ ОСОБИ З ПРАВАМИ БАТЬКА:		
Прізвище	Ім'я	ставлення до цього учневі

HOME LANGUAGE CODE

#### Мовне Середовище (Будь ласка, відзначте все, що до нього відноситься.)

1. На якій мові (яких мовах) розмовляють вдома у учня або в місті його постійного проживання?	<input type="checkbox"/> на англійській	<input type="checkbox"/> на іншій	_____	_____	_____	_____
						уточніть
2. Якою мовою дитина оволоділа спочатку?	<input type="checkbox"/> англійською	<input type="checkbox"/> іншою	_____	_____	_____	_____
						уточніть
3. Яка мова є головною для кожного батька або опікуна?	<input type="checkbox"/> для матері	_____	<input type="checkbox"/> для батька	_____	_____	_____
		уточніть		уточніть		уточніть
	<input type="checkbox"/> Для опікуна(ів)	_____				уточніть
4. Яку мову (які мови) розуміє ваша дитина?	<input type="checkbox"/> англійську	<input type="checkbox"/> іншу	_____	_____	_____	_____
						уточніть
5. На якій мові (якіх мовах) розмовляє ваша дитина ?	<input type="checkbox"/> На англійській	<input type="checkbox"/> На іншій	_____	_____	<input type="checkbox"/> Не розмовляє	_____
						уточніть
6. На якій мові (якіх мовах) може читати ваша дитина ?	<input type="checkbox"/> На англійській	<input type="checkbox"/> На іншій	_____	_____	<input type="checkbox"/> Не читає	_____
						уточніть
7. На якій мові (якіх мовах) пише ваша дитина ?	<input type="checkbox"/> На англійській	<input type="checkbox"/> На іншій	_____	_____	<input type="checkbox"/> Не може писати	_____
						уточніть

#### 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

## Анкета про рідну мову (HLQ)—Друга сторінка

Історія Навчання
8. Вкажіть загальну кількість років, що ваша дитина була зарахована в школі _____
9. Чи ви вважаєте, що ваша дитина має будь-які труднощі, які зможуть вплинути на її здатність розуміти, розмовляти, читати, та писати або англійською, або будь-якою іншою мовою? <b>Якщо так, будь ласка, опишіть їх .</b> <b>Так* Ні Не впевнений</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * Якщо так, будь ласка, опишіть : _____ На ваш погляд, наскільки серйозними можуть бути ці труднощі? <input type="checkbox"/> Незначні <input type="checkbox"/> помірно серйозні <input type="checkbox"/> Дуже серйозні
10a. В минулому, чи була ваша дитина направлена на проходження тестів перевірки для визначення, чи має вона право на спеціальні освітні послуги? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так* * Будь ласка, заповніть нижче 10b
10b. <b>*Якщо ваша дитина була направлена на проходження тестів, чи одержувала вона в минулому будь-які спеціальні освітні послуги?</b> <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так – Тип отриманих послуг : _____
Яким був вік вашої дитини, коли вона отримувала спеціальні навчальні послуги (Будь ласка, вкажіть все, що відноситься до вашої дитини): <input type="checkbox"/> Від народження до 3х років (Раннє Втручання) <input type="checkbox"/> Від 3 to 5 років (Спеціальне Навчання) <input type="checkbox"/> Від 6 років і старше (Спеціальне Навчання)
10c. Чи має ваша дитина Індивідуальну Навчальну Програму (IEP)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
11. Чи є яка-небудь додаткова інформація про вашу дитину яка може бути важливою для школи? (наприклад, особливі таланти дитини, проблеми зі здоров'ям, і таке інше) _____ _____ _____
12. На якій мові (на яких мовах) ви б хотіли отримувати інформацію зі школи? _____

_____ <b>Підпис одного із батьків або іншої особи з правами батька</b>	Місяць: _____	День: _____	Рік: _____ <b>Дата</b>
Ставлення цієї особи до учня: <input type="checkbox"/> Матір <input type="checkbox"/> Батько <input type="checkbox"/> Інше: _____			

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 style="display: block; text-align: center;">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 style="display: block; text-align: center;">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:	