



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

استطلاع المعلومات عن اللغة المستعملة في البيت (HLQ) Home Language Questionnaire

يرجى الكتابة بوضوح عند تكملة هذا القسم.		
إسم الطالب/ة:		
الأول	الأوسط	الأخير
الجنس:		تاريخ الميلاد:
<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى	السنة
معلومات الوالدة/ة أو الشخص ذو العلاقة كوالدة/ة:		
الإسم الأخير	الإسم الأول	العلاقة بالطالب/ة

عزيزي الوالدة/ة أو ولي الأمر:
من أجل توفير أفضل تعليم ممكن لإبنك/ابنتك، فإننا بحاجة إلى معرفة مدى فهمه/ها، وتحديثه/ها، وقرائه/ها وكتابته/ها باللغة الإنكليزية، وكذلك المدرسة السابقة والتاريخ الشخصي. يرجى إكمال الأقسام التالية، بعنوان خلفية اللغة وتاريخ التعليم. إننا نقدر جداً منكم مساعدتكم في الإجابة على هذه الأسئلة.
شكراً.

رمز لغة البيت

خلفية اللغة (يرجى الإشارة إلى كل ما ينطبق)	
1. ما هي اللغة/اللغات التي يتكلمها الطالب/ة في البيت أو السكن؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أخرى	ما هي
2. ما هي اللغة الأولى التي تعلمها إبنك/ابنتك؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أخرى	ما هي
3. ما هي اللغة التي يتكلمها كل والدة/ة أو وصي/أوصياء؟ <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الوصي	ما هي
4. ما هي اللغة/اللغات التي يفهمها إبنك/ابنتك؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أخرى	ما هي
5. ما هي اللغة/اللغات التي يتكلمها إبنك/ابنتك؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أخرى <input type="checkbox"/> لا يتكلم/تتكلم	ما هي
6. ما هي اللغة/اللغات التي يقرأها إبنك/ابنتك؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أخرى <input type="checkbox"/> لا يقرأ/تقرأ	ما هي
7. ما هي اللغة/اللغات التي يكتبها إبنك/ابنتك؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> لغة أخرى <input type="checkbox"/> لا يكتب/تكتب	ما هي

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

إستطلاع المعلومات عن اللغة المستعملة في البيت (HLQ) Home Language Questionnaire - الصفحة الثانية

تاريخ التعليم	
8. أذكر/ي عدد من السنوات التي تسجل بها ابنك/ابنتك في المدارس _____	
9. هل تعتقد بأنه من الممكن أن يكون عند ابنك/ابنتك أية صعوبات أو ظروف تؤثر على قدرته/ها على الفهم، التحدث، القراءة والكتابة باللغة الإنكليزية أو أية لغة أخرى؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى وصفها. <input type="checkbox"/> نعم * <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكدة * إذا كان الجواب نعم، يرجى الإيضاح: _____ ما هي شدة هذه الصعوبات برأيك؟ <input type="checkbox"/> خفيفة <input type="checkbox"/> شديدة نوعاً ما <input type="checkbox"/> شديدة جداً	
10أ. هل تم تحويل ابنك/ابنتك في أي وقت من الأوقات بالماضي إلى التعليم الخاص للتقييم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم * 10ب. *إذا تحولت إلى التقييم، هل تلقى ابنك/ابنتك أية خدمات من التعليم الخاص في الماضي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم - أكتب/ي الخدمات التي تلقاها/تلقتها: العمر الذي تلقى/ت به هذه الخدمات (يرجى وضع الإشارة على ما ينطبق) <input type="checkbox"/> الولادة إلى 3 سنوات (تدخل م بكر) <input type="checkbox"/> 3 إلى 5 سنوات (تعليم خاص) <input type="checkbox"/> 6 سنوات أو أكبر (تعليم خاص) 10ج. هل يوجد لابنك/ابنتك برنامج تعليمي مخصص له/ها (IEP). <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
11. هل هنالك أي شيء آخر تعتقد/ي بأنه مهم لكي تعرفه المدرسة عن ابنك/ابنتك؟ (مثلاً، مواهب خاصة، مشاكل صحية، إلخ.)	
12. بأية لغة/لغات تفضل أن تصلك بها المعلومات من المدرسة؟	

الشهر _____ اليوم _____ السنة _____ التاريخ _____
 توقيع الوالدة/ أو الشخص ذو العلاقة كوالدة: _____
 القربة من الطالب/ة الأم الأب شخص آخر: _____

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:	