



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

母語調查問卷 (HLQ)

親愛的父母或監護人: 為了向您的孩子盡可能提供最好的教育, 我們需要確認您孩子的英語理解, 說, 讀, 寫能力, 以及學前教育和成長史。請填寫以下標為語言背景和教育歷史的部分。很感謝您能說明回答這些問題。謝謝。

請字跡清晰地回答以下部分

學生姓名:		
名	中間名	姓
出生日期:		性別:
月	日	年
		<input type="checkbox"/> 男
		<input type="checkbox"/> 女
父/母親/監護人資訊:		
姓		名
與學生的關係		

母語編碼

語言背景

(請標注所有適用的選項)

1. 學生在家/住所使用何種語言?	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具體標明
2. 您孩子學會的第一種語言是什麼?	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具體標明
3. 父母雙方/監護人各自的母語是什麼?	<input type="checkbox"/> 母親	_____	<input type="checkbox"/> 父親	_____
	<input type="checkbox"/> 監護人	_____	_____	_____
4. 您孩子能明白哪些語言?	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	具體標明
5. 您孩子能說哪些語言?	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不講話
6. 您孩子能讀懂哪些語言?	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不閱讀
7. 您孩子能書寫哪些語言?	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 其他	_____	<input type="checkbox"/> 不書寫

該部分由學生註冊的校區填寫:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

母語調查問卷(HLQ) — 第二頁

教育歷史

8. 請標明您孩子在校的總年數 _____

9. 您覺得孩子對英語或者其他語言是否有理解, 會話, 閱讀或者書寫的困難或障礙? 如何有, 請描述。

有* 無 不確定 *如果有, 請解釋: _____

您認為這些困難有多嚴重? 輕微 有點嚴重 非常嚴重

10a. 您孩子在過去被建議去做過特殊教育評估嗎? 否 是* *請完成下面 10b 部分

10b. *如果有, 您孩子在過去接受過特殊教育服務嗎?

否 是 - 接受過的服務類型: _____

接受服務時的年齡 (請標注所有適用的選項):

從出生到 3 歲 (早期干預) 3 至 5 歲 (特殊教育) 6 歲或更大 (特殊教育)

10c. 您孩子有個人化教育專案 (IEP) 嗎? 無 有

11. 您認為還有對孩子教育有說明的其他重要事項嗎? (比如, 特殊才能, 健康問題, 等)

12. 您希望接收到的來自學校的資訊使用何種語言? _____

_____ 月: _____ 日: _____ 年:

父/母或者監護人簽字

日期

與學生的關係: 母親 父親 其他: _____

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: _____ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING
MO. DAY YR.

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: