STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Angelica Infante-Green, 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

Home Language Questionnaire (HLQ) گھریلو زبان کے بارے میں سوالنامہ (ایچ ایل کیو)

عزیزی والدین یا سرپرست
آپ کے لڑکے/ لڑکی کو ممکنہ بہترین تعلیم دینے کے لیے ہمیں یہ تعین کرنے کی ضرورت ہے کہ وہ کتنی اچھی طرح سے انگلش سمجھتا / سمجھتی ، بولتا/ بولتی اور لکھتا /لکھتی ہے اور پہلی سکول ہسٹری کیا ہے۔ مہربانی کر کے نیچے کی سیکشن زبان کا پس منظر اورتعلیمی ہسٹری کو مکمل کریں۔ ان سوالات کے جوابات دینے میں آپ کی مدد قابلِ ستائش ہے۔
آپ کا شکریہ

آپ جب یہ حصہ مکمل کررہے ہوں تو مہربانی فرما کر صاف صاف لکھیں

طالب علم کا نام

نام کا آخری حصہ | م کا درمیان والا حصہ | نام کا پہلا حصہ

جنس
- ❑ مرد
- ❑ عورت

تاریخ پیدائش
سال | دن | ماہ

والدین / والدین جیسے رشتہ دار کے بارے میں معلومات

نام کا آخری حصہ | نام کا پہلا حصہ | طالب علم کے ساتھ تعلق

گھریلو زبان کا کوڈ _____

زبان کا پس منظر
(مہربانی کرکے ہر متعلقہ سوال کا جواب دیں)

1. طالب علم کے گھر / رہائش میں کون سی زبان / زبانیں بولی جاتی ہیں؟ ❑ انگلش ❑ دوسری _____ وضاحت کریں

2. وہ پہلی زبان کونسی تھی جو آپ کے بچے نے سیکھی تھی؟ ❑ دوسری ❑ دوسری _____ وضاحت کریں

3. دونوں والد اور والدہ کی گھریلو زبان کون سی ہے؟ ❑ باپ _____ وضاحت کریں ❑ ماں _____ وضاحت کریں
❑ سرپرست _____ وضاحت کریں

4. آپ کا بچہ کونسی زبان / زبانیں سمجھتا ہے؟ ❑ دوسری ❑ دوسری _____ وضاحت کریں

5. آپ کو بچہ کون سی زبان / زبانیں بولتا ہے ؟ ❑ دوسری ❑ دوسری _____ وضاحت کریں ❑ **نہیں بولتا**

6. آپ کا بچہ کون سی زبان / زبانیں پڑہتا ہے ؟ ❑ دوسری ❑ دوسری _____ وضاحت کریں ❑ **نہیں پڑہتا**

7. آپ کا بچہ کون سی زبان / زبانیں لکھتا ہے؟ ❑ دوسری ❑ دوسری _____ وضاحت کریں ❑ **نہیں لکھتا**

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	

گھریلو زبان کے بارے میں سوالنامہ (ایچ ایل کیو) Home Language Questionnaire (HLQ)

تعلیمی ہسٹری
8. آپکا بچہ کُل کتنے سالوں سے سکول میں داخل ہے نشاندہی کریں _____
9. کیا آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کے لڑکے/ لڑکی کو کسی بھی مشکلات یا حالات کا سامنا ہے جو اس کی انگریزی یا کسی بھی دوسری زبان سمجھنے، بولنے اور لکھنے کی صلاحیت پر اثرانداز ہو رہی ہیں۔ اگر اس کا جواب ہاں ہے تو مہربانی کرکے ان کی وضاحت کریں۔ ❑ ہاں ❑ نہیں ❑ یقین نہیں * اگر اس کا جواب ہاں ہے تو مہربانی کرکے ان کی وضاحت : _____ آپ ان مشکلات کو کتنا شدید سمجھتے ہیں؟ ❑ بہت شدید ❑ کچھ سخت ❑ عام
a10. کیا آپ کو ماضی میں کبھی بھی خاص تعلیم کی تشخیص کرنے لیے ریفر کیا گیا تھا؟ ❑ نہیں ❑ ہاں (مہربانی کرکے b10ب مکمل کریں) b10. اگر تشخیص کے لیے بھیجا گیا تھا تو کیاآپ کے بچے نے کبھی ماضی میں سپیشل تعلیم سروس حاصل کی؟ ❑ نہیں ❑ ہاں جو سروس حاصل کی گئی اس کی قسم _____ وہ عمر جس میں سروس حاصل کی گئی (مہربانی کرکے تمام کو نوٹ کریں جو متعلقہ ہیں) ❑ پیدائش سے تین سال تک (ابتدائی مداخلت) ❑ تین سے پانچ سال تک (مخصوص تعلیم ❑ چھ سال یا اس سے زیادہ (مخصوص تعلیم) c10. (IEP) کیا آپ کے بچے کو انفرادی تعلیمی پروگرام کے لیے چنا گیا تھا؟ ❑نہیں ہاں ❑
11. کیا آپ سمجھتے ہیں کہ آپ کے بچے کے بارے میں مزید کچھ ہے جس کا جاننا سکول کی لیے اہم ہے۔ (مثلاً خاص زبانت، صحت کے بارے میں خدشات وغیرہ) ....
سکول کی طرف سے آپ کس زبان میں معلومات حاصل کرنا چاہیں گے؟ _____

_____ _____ سال دن ماہ

والدین یا والدین کے برابر رشتہ دار کے دستخط: تاریخ

طالب علم کے ساتھ رشتہ ❑ باپ ❑ ماں❑ دوسرا _____

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: