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

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

Hauptsprache-Fragebogen (Home Language Questionnaire – HLQ)

Liebe Eltern oder elterliche Bezugsperson:
Um Ihrem Kind die bestmögliche Schulbildung zu bieten, müssen wir erfahren, wie fließend es Englisch spricht, liest und schreibt und welche vorherige Schulung und persönliche Vorgeschichte es hat. Bitte füllen Sie alle nachstehenden Felder im Abschnitt „Sprachlicher Hintergrund" und „Bildungshistorie" aus. Ihre Mithilfe beim Beantworten dieser Fragen wird sehr geschätzt. Vielen Dank.

NAME DES/DER SCHÜLER/IN:

Vorname *Zweiter Vorname* *Nachname*

GEBURTSDATUM:

Monat *Tag* *Jahr*

GESCHLECHT:

❑ männlich
❑ weiblich

ELTERN/ELTERLICHE BEZUGSPERSON:

Nachname *Vorname* *Beziehung zum(r) Schüler(in)*

HOME LANGUAGE CODE

Sprachlicher Hintergrund
(Bitte alles Zutreffende ankreuzen.)

1. Welche Sprache(n) spricht der/die Schüler/in zuhause?	❑ Englisch	❑ Andere	*einzeln angeben*	
2. Welche Sprache hat Ihr Kind zuallererst gelernt?	❑ Englisch	❑ Andere	*einzeln angeben*	
3. Was ist die Hauptsprache der Eltern/des Vormunds?	❑ Elternteil 1 *einzeln angeben*	❑ Elternteil 2 *einzeln angeben*		
	❑ Vormund	*einzeln angeben*		
4. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind verstehen?	❑ Englisch	❑ Andere	*einzeln angeben*	
5. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind sprechen?	❑ Englisch	❑ Andere	*einzeln angeben*	❑ kann nicht sprechen
6. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind lesen?	❑ Englisch	❑ Andere	*einzeln angeben*	❑ kann nicht lesen
7. Welche Sprache(n) kann Ihr Kind schreiben?	❑ Englisch	❑ Andere	*einzeln angeben*	❑ kann nicht schreiben

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

District Name (Number) & School *Address*

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

Hauptsprache-Fragebogen (HLQ) – Seite Zwei

Bildungshistorie

8. Insgesamt wieviele Jahre war Ihr Kind an einer Schule registriert? _____

9. Glauben Sie, Ihr Kind könnte Schwierigkeiten haben oder Bedingungen ausgesetzt sein, welche seine Fähigkeit, Englisch oder andere Sprachen zu verstehen, sprechen, lesen und schreiben, beeinträchtigen würden? Falls ja, bitte beschreiben.

Ja ***Nein*** ***Nicht sicher***

❑ ❑ ❑ ***Falls ja,** bitte erklären: _____

Wie erheblich, glauben Sie, sind diese Schwierigkeiten? ❑ gering ❑ etwas erheblich ❑ sehr erheblich

10a. Wurde Ihr Kind jemals zur sonderpädagogischen Begutachtung überwiesen? ❑ **Nein** ❑ **Ja*** **Bitte 10b unten ausfüllen*

10b. **Falls zur Begutachtung überwiesen,* hat Ihr Kind jemals sonderpädagogische Leistungen *erhalten*?

❑ **Nein** ❑ **Ja – Welche Art von Leistungen hat es erhalten?** _____

Alter des Kindes beim Erhalt dieser Leistungen *(Bitte alles Zutreffende ankreuzen):*

❑ **Geburt bis zu 3 Jahren (Frühintervention)** ❑ **3 bis 5 Jahre (Sonderpädagogik)** ❑ **6 Jahre oder älter (Sonderpädagogik)**

10c. Hat Ihr Kind ein individualisiertes Unterrichtsprogramm (Individualized Education Program - IEP)? ❑ **Nein** ❑ **Ja**

11. Haben Sie weitere wichtige Information, die die Schule über Ihr Kind wissen sollte? *(z. B. besondere Talente, gesundheitliche Anliegen usw.)*

12. In welcher(n) Sprache(n) möchten Sie Information von der Schule erhalten? _____

_____ Monat: Tag: Jahr: _____

Unterschrift von Elternteil oder elterlicher Bezugsperson ***Datum***

Beziehung zum(r) Schüler(in): ❑ **Elternteil** ❑ **Andere:** _____

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: _____ (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: