



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

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

39 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

ကျိပ်လားဟံတ်တင်သိပ်တင်သီ

မိက်ပက်သးဘိမုတမုဂ်ပုကွင်သွဲတင်၊ မုလားဟကဘင်ကတိကတိနနီနီလားဟကွင်ဘင်ကွင် သုသတးဒီးဟလိပ်ဘင်လားနကဆာတိဝ်ဆိကမိပ်အဝဲစိပ် မုဂ်မုတမုဂ်အဝဲစိပ်ခွဲသွင်တဖန်နဂါပဂါပတင်ကတိကတိ၊ တင်ကွဲတင်ကတိကတိလားလဲအကွိပ်၊ ဒီးကျိပ်လားဟကွင် တဖျင်ဒီးနီတတကတကတင်တင်စိပတိစိပသုထဲလဲဒ်၊ သးစုမေးပုသဘင်ကျိပ်ဒီးတင်ကွင်ဘင်ကွင်သုအစုအကျိပ် လားဟကွင်အဝဲစိပ်တကွင်ပုလားဟကတမေးလားဟကတင်သီ ကွင်အဝဲစိပ်သုတဖန်တဖျင်ဘင်နကနီနီပဟလိ၊ တင်ဘျး

ဝံသးစုကွဲဒီးဆဲးစိုဗဲနမာပုဒီးတကွင်			
ကျိပ်အမံး:			
မံးနီဒ်အံး	မံးမနုင်သး	မံးကတင်	
အိပ်ဖျင်မုဂ်နုး	မုဂ်ခွဲ		
	<input type="checkbox"/> မုဂ် <input type="checkbox"/> ခွဲ		
လဲ	နံး	နံး	
မိက်ပက်/ပုလားဟကတမေးလားဟကတင်သွဲဒီးမိက်ပက်အစုအကျိပ်			
မံးကတင်	မံးနီဒ်အံး	တင်ဘင်သွဲဒီးကျိပ်	

ကျိပ်လားဟံတ်တင်သိပ်တင်သီ

ကျိပ်တင်အိပ်သးလားဟကွင်			
ဝံသးစုပုထုထာခဲလားဟကတင်သွဲတဖန်			
၁. ကျိပ်မနုင်သုဂ်တဖန်လားဟကွင်ကတိကတိလားဟကွင်မုတမုဂ်အိပ်တင်အလိပ်လဲဒ်	<input type="checkbox"/> ကတိကတိကျိပ်	<input type="checkbox"/> အစုအစု	_____ ကွဲဒီးမိက်ပက်ပဟလိ
၂. ကျိပ်ဘကတင်လားဟကွင်မလိတုဂ်နုးမုဂ်တင်မနုင်လဲဒ်	<input type="checkbox"/> ကတိကတိကျိပ်	<input type="checkbox"/> အစုအစု	_____ ကွဲဒီးမိက်ပက်ပဟလိ
၃. မိက်ပက်မုတမုဂ်ပုကွင်သွဲတင်တစုပုစုကျိပ်လားဟကွင်မနုင်လဲဒ်	<input type="checkbox"/> မိက်	<input type="checkbox"/> ပက်	_____ ကွဲဒီးမိက်ပက်ပဟလိ
	<input type="checkbox"/> ပုလားဟကွင်		_____ ကွဲဒီးမိက်ပက်ပဟလိ
၄. နနီနီပဂါကျိပ်မနုင်လဲဒ်	<input type="checkbox"/> ကတိကတိကျိပ်	<input type="checkbox"/> အစုအစု	_____ ကွဲဒီးမိက်ပက်ပဟလိ
၅. နနီကတိကျိပ်မနုင်လဲဒ်	<input type="checkbox"/> ကတိကတိကျိပ်	<input type="checkbox"/> အစုအစု	_____ ကွဲဒီးမိက်ပက်ပဟလိ <input type="checkbox"/> တကတိဘင်
၆. နနီမးကျိပ်မနုင်လဲဒ်	<input type="checkbox"/> ကတိကတိကျိပ်	<input type="checkbox"/> အစုအစု	_____ ကွဲဒီးမိက်ပက်ပဟလိ <input type="checkbox"/> တမးဘင်
၇. နနီကွဲကျိပ်မနုင်လဲဒ်	<input type="checkbox"/> ကတိကတိကျိပ်	<input type="checkbox"/> အစုအစု	_____ ကွဲဒီးမိက်ပက်ပဟလိ <input type="checkbox"/> တကွဲဘင်

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	

ကျိုင်းလားတိုင်းဒေသကြီး

တက်ကွပ်ဘက်ကွပ်သုတေသနစံစိစစ်

၈.ပပ်ဖျါထိုင်နီဂါခိလောင်လားနုဖိဆေးလီတုအမံလောကွဲ _____

၉.နဆိပ်ကမိတ်လားနုဖိအိတ်ဒီးတက်ကီတင်ခဲမုတမုတတင်အိတ်သးလောကဆီတလဲအဝဲပိတ်ခွဲမုတမုတအဝဲပိတ်မုတတင်သုတေသနဘက်လောကနဂါပဂါ.
ကတိာ. ဖးမုတမုကွဲလောကိတ်လိတ်ဂါကျိုင်းမုတမုကျိုင်းအရုအစေအါ? မုမုတမီဝံသးစူပုအဝဲသုတေသနဘက်
မု တမု တလီတင်ဘက်
 မုမုနုနု. ဝံသးစူပုအဝဲသုတေသနဘက်: _____
 နဆိကမိတ်ကိခဲနးထဲလဲ တဆဲးတကွါ နးထိုင်တစဲး နးဒိတ်တတဂါ

၁၀.က.လောအပူလကွိပ်နုနု. မုတတင်တုတုနုဖိတဘျီဘျီဆူတင်မကွါတင်ကွပ်ဘက်ကွပ်သုတေသနအိတ်အါ? ခုာ တခုာ
ဝံသးစူနီဂါခိတဆဲ(ခ)လောအဖီလင်အံတကွါ

၁၁.ခ.တင်မုတတင်မကွါအအိတ်နုနု. မုနုဖိဒီးနုနုဘက်ကွပ်ဘက်ကွပ်သုတေသနလီလီဆီဆီလောအပူလကွိပ်တဘျီဘျီအါ?
 တဒီးနု ဒီးနု - ဒီးနုဘက်အကလုတ်မနုမတတတဖုး
 သးနုနုလဲလဲလောဒီးနုနုတင်မကွါ (ဝံသးစူပုအံလောင်လောအဘက်ထွဲ):
 အိတ်ဖျိတ်တုလောသးနုနု (အိတ်ဆီလောတင်ခဲမုတတင်စါ) သးနုနုတုယဲနုနု (တင်ကွပ်ဘက်ကွပ်သုတေသန) ယုနုနုဆူအဖီပိတ်
 (တင်ကွပ်ဘက်ကွပ်သုတေသန)
 ခုာ တခုာ

၁၂.တင်အိတ်တမံမံလောအရုဒိတ်လောကျိုင်းကြားသုတေသနဘက်ယးဒီးနုဖိ? (အဒီးတင်သုတေသနလီဆီ. တင်အုတ်အိတ်ခွဲ. အရုအစေ)

၁၃.ကျိုင်းမနုနုသုတေသနလောအခဲဒီးဒီးနုနုဘက်တင်မုတတင်ကျိုင်းလောကွဲလဲလဲ? _____

မိတ်ဆေးလီမံမုတမုတတင်စါလောဘက်ထွဲအိတ်ပဂါ _____ လီ: _____ မုနုနု _____ နုနု _____
 တင်ဘက်ထွဲလောဒီးနုနု: မိတ် ပဂါ အရုအစေ: _____

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:	<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: _____