



Elisa Alvarez, Associate 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)

Dear Parent or Person in Parental Relation:
In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes in English, as well as prior school and personal history. Please complete the sections below entitled Language Background and Educational History. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated. Thank you.

| | | |
|---|------------|---------------------------------|
| STUDENT NAME: | | |
| | | |
| First | Middle | Last |
| DATE OF BIRTH: | | GENDER: |
| Month | Day | Year |
| | | <input type="checkbox"/> Male |
| | | <input type="checkbox"/> Female |
| PARENT/PERSON IN PARENTAL RELATION INFO: | | |
| | | |
| Last Name | First Name | Relation to |

HOME LANGUAGE CODE

Language Background (Please check all that apply.)

| | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|---|
| 1. What language(s) is(are) spoken in the student's home or residence? | <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Other | _____ |
| | | | <i>specify</i> |
| 2. What was the first language your child learned? | <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Other | _____ |
| | | | <i>specify</i> |
| 3. What is the Home Language of each parent/guardian? | <input type="checkbox"/> Parent 1 | _____ | <input type="checkbox"/> Parent 2 |
| | | <i>specify</i> | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Guardian(s) | _____ | <i>specify</i> |
| 4. What language(s) does your child understand? | <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Other | _____ |
| | | | <i>specify</i> |
| 5. What language(s) does your child speak? | <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Other | _____ <input type="checkbox"/> Does not speak |
| | | | <i>specify</i> |
| 6. What language(s) does your child read? | <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Other | _____ <input type="checkbox"/> Does not read |
| | | | <i>specify</i> |
| 7. What language(s) does your child write? | <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Other | _____ <input type="checkbox"/> Does not write |
| | | | <i>specify</i> |

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:

Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two

Educational History

8. Indicate the total number of years that your child has been enrolled in school _____

9. Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them.

Yes* No Not sure
 *If yes, please explain: _____

How severe do you think these difficulties are? Minor Somewhat severe Very severe

10a. Has your child ever been **referred** for a special education evaluation in the past? No Yes* *Please complete 10b below

10b. ***If referred for an evaluation**, has your child ever **received** any special education services in the past?
 No Yes – Type of services received: _____

Age at which services received (Please check all that apply):
 Birth to 3 years (Early Intervention) 3 to 5 years (Special Education) 6 years or older (Special Education)

10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP)? No Yes

11. Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.)

12. In what language(s) would you like to receive information from the school? _____

Signature of Parent or of Person in Parental Relation

Month: Day: Year:

Date

Relationship to student: Parent Other: _____

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:
 MO. DAY YR. ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

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



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

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

*Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.*

| | | |
|---|----------------|------------------------------------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE: | | |
| | | |
| Nombre | Segundo nombre | Apellido |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | GÉNERO: |
| | | <input type="checkbox"/> Masculino |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino |
| Mes | Día | Año |
| INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL | | |
| | | |
| Apellido | Primer Nombre | Relación con el estudiante |

HOME LANGUAGE CODE

| Conocimientos de idiomas (Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables) | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------|--|
| 1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ <i>especifique</i> |
| 2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ <i>especifique</i> |
| 3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor? | <input type="checkbox"/> Padre 1 | _____ <i>especifique</i> | <input type="checkbox"/> Padre 2 |
| | <input type="checkbox"/> Tutor(es) | _____ <i>especifique</i> | _____ <i>especifique</i> |
| 4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ <i>especifique</i> |
| 5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar |
| 6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer |
| 7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro | _____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe escribir |

| 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 |

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

| Historial Educativo | |
|--|--|
| 8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____ | |
| 9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos. Sí* No No se sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____ ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave | |
| 10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* *Por favor, llene 10b. | |
| 10b. <u>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación,</u> ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____ Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables): <input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial) | |
| 10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | |
| 11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.) _____ _____ | |
| 12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____ | |

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Firma de un padre o de la persona en relación paternal *Fecha*

Relación con el estudiante: Padre Otra: _____

| 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: _____ <small>MO. DAY YR.</small> | 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: _____ <small>MO. DAY YR.</small> | 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: | |