



Университет штата Нью-Йорк • Отдел образования штата • Программа двуязычного образования
Олбани, Нью-Йорк 12234

Home Language Questionnaire (HLQ) – RUSSIAN
Анкета о языке

Уважаемый родитель или опекун:

Для того чтобы предоставить вашему ребёнку как можно лучшее образование, нам нужно определить как хорошо он или она понимает, говорит, читает и пишет по английски.

Благодарим за вашу помощь в ответах на эти вопросы.

Спасибо

**To be completed by school personnel
(Заполняется школьным представителем)**

РАЙОН (District)		
ШКОЛА (School)		КЛАСС (Grade)
ИМЯ СТУДЕНТА (Student Name)		
ДАТА РОЖДЕНИЯ (Date of Birth)		
Месяц (Month):	Число (Day):	Год (Year):
СТУДЕНЧЕСКИЙ НОМЕР (Student Identification Number)		
СТРАНА РОЖДЕНИЯ/ПРОИСХОЖДЕНИЕ (Country of Birth/Ancestry)		
КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ ПРОВЕДШИХ В ШКОЛЕ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СОЕДИНЁННЫХ ШТАТОВ (Number of Years Enrolled in School Outside the U.S.)		
ИМЯ/ДОЛЖНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАПОЛНЯЮЩЕГО ЭТУ СЕКЦИЮ (Name/Position of Personnel Completing This Section)		
ОПРЕДЕЛЕНИЕ (Determination):		Ограниченный английский (Possible LEP) Свободный английский (English Proficient)

(✓ соответствующие клетки)

- На каком языке(ах) говорят у студента дома или по месту его проживания? Английский Другой _____ укажите
- На каком языке(ах) больше всего разговаривают со студентом дома или по месту его проживания? Английский Другой _____ укажите
- Какой язык(и) студент понимает? Английский Другой _____ укажите
- На каком языке(ах) студент разговаривает? Английский Другой _____ укажите
- На каком языке(ах) студент читает? Английский Другой _____ Не читает укажите
- На каком языке(ах) студент пишет? Английский Другой _____ Не пишет укажите

7. По вашему мнению, как хорошо студент понимает, говорит, читает и пишет по английски?
- Свободно На среднем уровне Совсем не владеет языком
- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Понимает по английски | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Говорит по английски | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Читает по английски | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Пишет по английски | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Месяц (Month): Число (Day): Год (Year):

Подпись родителя/Опекуна/Других (Signature of Parent/ Guardian/Other)

Дата (Date)

HLQ 12/99