

गृह भाषा सर्वेक्षण (HLS)

आदरणीय अभिभावकज्यू:

तपाईंको बच्चालाई उत्तम सम्भव शिक्षा प्रदान गर्न, हामीले निर्धारण गर्नु पर्छ कि उसले वा उनले अंग्रेजीमा कति राम्रोसँग बुझ्दछन्, बोल्दछन्, पढ्छन् र लेख्छन्, साथसाथै पूर्व स्कूल र व्यक्तिगत इतिहासाकृपया भाषा पृष्ठभूमि र शैक्षिक इतिहास अन्तर्गत शीर्षकहरूको खण्ड पूरा गर्नुहोस्।यी प्रश्नहरूको उत्तर दिनको लागि तपाईंको सहयोग प्रशंसनीय छ।धन्यवाद।

विद्यार्थीको नाम :		
पहिलो	मध्य	अंतिम
जन्म मिति :		लिंग :
महिना	दिन	वर्ष
		<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
अभिभावक/व्यक्ति जो अभिभावकको सम्बन्धको जानकारी :		
अन्तिम नाम	पहिलो नाम	सँग सम्बन्धित

भाषा पृष्ठभूमि (कृपया लागू हुने सबै चिन्ह लगाउनुहोस्।)			
१. विद्यार्थीको घर वा निवासमा कुन भाषा (हरू) बोलिन्छ?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	निर्दिष्ट गर्नुहोस्
२. तपाईंको बच्चाले सिकेको पहिलो भाषा कुन हो?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	निर्दिष्ट गर्नुहोस्
३. प्रत्येक आमाबुवा/अभिभावकको घरको भाषा के हो?	<input type="checkbox"/> आमा	<input type="checkbox"/> बुवा	निर्दिष्ट गर्नुहोस्
	<input type="checkbox"/> अभिभावक(हरू)		निर्दिष्ट गर्नुहोस्
४. तपाईंको बच्चाले कुन भाषा(हरू) बुझ्दछ?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	निर्दिष्ट गर्नुहोस्
५. तपाईंको बच्चा कुन भाषा(हरू) बोल्छ?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> बोल्दैन
६. तपाईंको बच्चा कुन भाषा(हरू) पढ्छ?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> पढ्दैन
७. तपाईंको बच्चाले कुन भाषा(हरू) मा लेख्दछ?	<input type="checkbox"/> अंग्रेजी	<input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> लेख्दैन

यस खण्ड जिल्ला द्वारा भर्नु पर्नेछ जहाँ विद्यार्थी दर्ता गरिएको छ:

स्कुल जिल्ला जा नकारी :

विद्यार्थी एसएसआइडि (SASID)

स्कूलको नाम

ठेगाना

गृह भाषा सर्वेक्षण (HL)S-पृष्ठ दुई

शैक्षिक इतिहास

८. तपाईंको बच्चा स्कूलमा भर्ना भएको वर्षहरूको संख्या दर्साउनुहोस् _____

९. के तपाईं सोच्नुहुन्छ कि तपाईंको बच्चालाई कुनै कठिनाई वा चुनौतीहरू हुन सक्छ जुन उसको वा उनको अंग्रेजी वा अन्य कुनै भाषामा बुझ्ने, बोल्ने, पढ्ने वा लेख्ने क्षमतालाई असर गर्छ? यदि हो भने, कृपया तिनीहरूलाई वर्णन गर्नुहोस्।

हो* होइन थाह छैन *यदि हो भने, कृपया वर्णन गर्नुहोस्: _____

यी कठिनाईहरू तपाईंलाई कतिको गम्भीर लाग्छ? न्यून केहि गम्भीर धेरै गम्भीर

१०क. तपाईंको बच्चालाई विगतमा कहिल्यै एउटा विशेष शिक्षा मूल्यांकनका लागि रेफर गरिएको छ? छैन छ* *कृपया तल १०ख पूर्ण गर्नुहोस्

१०ख. *यदि एक मूल्यांकन को लागी रेफर गरिएको थियो भने, के तपाईंको बच्चालाई विगतमा कहिल्यै कुनै विशेष कुनै विशेष शिक्षा सेवाहरू प्राप्त भएको थियो?
 थिएन थियो – प्राप्त सेवाहरूको प्रकार: _____

सेवाहरू प्राप्त गरेको उमेर (कृपया लागू हुने सबै चिन्ह लगाउनुहोस्):

जन्म देखि ३ बर्षसम्म (प्रारम्भिक हस्तक्षेप) ३ देखि ५ बर्ष (विशेष शिक्षा) ६ बर्ष वा सो भन्दा बढि (विशेष शिक्षा)

१०सी. के तपाईंको बच्चाको एक व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम छ (IEP)? छैन छ

११. तपाईंको बच्चाको बारेमा केहि अरु कुराहरू छ जुन तपाईंको स्कूलले जान्न महत्त्वपूर्ण छ भनि तपाईं सोच्नु हुन्छ? (जस्तै, विशेष प्रतिभा, स्वास्थ्य चिन्ताहरू, आदि)

१२. कुन भाषा (हरू) मा तपाईं स्कूलबाट जानकारी प्राप्त गर्न चाहानुहुन्छ? _____

महिना: _____ दिन: _____ वर्ष: _____
मिति

अभिभावक वा संरक्षकको हस्ताक्षर

विद्यार्थी संग सम्बन्ध: आमा बुबा अन्य: _____

आधिकारिक प्रवेश मात्रै - नाम/पद HLS व्यवस्थापन गर्ने कर्मचारी

नाम: _____ पद: _____

यदि एक अनुवादक प्रदान गरिएको थियो भने, नाम पद र प्रमाणपत्र, मूचीबद्ध गर्नुहोस्:

नाम/पद उक्त दक्ष कर्मचारीको जसले HLS समीक्षा गर्छ र व्यक्तिगत अन्तर्वार्ता संचालन गर्छ

नाम: _____ पद: _____

मौखिक अन्तर्वार्ता आवश्यक: होइन हो

** व्यक्तिगत अन्तर्वार्ताको

मिति: _____
महिना दिन वर्ष

व्यक्तिगत अन्तर्वार्ताको

नतिजाहरू: प्रशासक राज्य अनुमोदित विडा (WIDA) स्क्रिनर
 ईएल (EL) सेवाहरूको लागि योग्य छैन

नाम/पद NH ESOL र WIDA प्रमाणित कर्मचारीहरूको जसले विडा (Wida) स्क्रिनर संचालन गर्छन

नाम: _____ पद: _____

विडा स्क्रिनर व्यवस्थापनको

मिति: _____
महिना दिन

विडा स्क्रिनरमा प्राप्त गरेको दक्षताको स्तर:

समग्र संयुक्त अंक: _____
के सबै विद्यार्थी ईएल सहयोगको योग्य छन्? छैन छ

कृपया विद्यार्थीको विडा (WIDA) स्क्रिनर अंकको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्
विद्यार्थीको संचयी फोल्डरमा रिपोर्ट र फाईल गर्नुहोस्।

असक्षमता भएका विद्यार्थीहरूका लागि, निवासको सुची, यदि छ भने, आईपी (IEP) बमोजिम संचालित: