



استبيان باللغة الأم (Home Language Survey, HLS)

يتولى ولي الأمر أو الوصي إكمال الاستبيان

| | |
|--|----------------------------|
| اسم الطالب: | |
| | |
| اسم العائلة | الاسم الأوسط |
| تاريخ الميلاد: | اسم الميلاد ² : |
| الشهر | اليوم |
| العلاقة ولي الأمر أو الوصي بالطالب: | العام |
| <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> غير ذلك | |
| رمز اللغة الأم: | |

السيد ولي الأمر أو الوصي،
 إن المعلومات المطلوبة في هذا النموذج ضرورية
 لإلحاق طفلك بأنسب مدرسة له، ولن تُستخدم
 لأي أغراض أخرى¹.
 شكرًا لتعاونك.

| الخلفية اللغوية (يرجى تحديد جميع ما ينطبق) | |
|--|--|
| 1. ما اللغة الأساسية المستخدمة في المنزل، بصرف النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟ | <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير ذلك يرجى التحديد |
| 2. ما اللغة التي يتحدث بها الطالب في الكثير من الأحيان؟ | <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير ذلك يرجى التحديد |
| 3. ما اللغة التي اكتسبها الطالب أولاً؟ | <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير ذلك يرجى التحديد |
| 4. ما اللغة (اللغات) التي يفهمها طفلك؟ | <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير ذلك يرجى التحديد |
| 5. ما اللغة (اللغات) التي يتحدث بها طفلك؟ | <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> لا يتحدث يرجى التحديد |
| 6. ما اللغة (اللغات) التي يقرأ بها طفلك؟ | <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> لا يقرأ يرجى التحديد |
| 7. ما اللغة (اللغات) التي يكتب بها طفلك؟ | <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> لا يكتب يرجى التحديد |

¹ بموجب قانون Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) وقانون تكافؤ الفرص التعليمية (Equal Educational Opportunity Act) (U.S.C. § 1703 20) (f)

² لا يتعين على الأمر ذكر محل الميلاد، لكن تقديم المعلومات يمكن أن يساعد LEAs على الاستعداد بشكل أفضل للتجاوب ثقافياً.
 آخر تحديث: 2020/30/4

مقابلة الأسرة - السجل التعليمي

1. هل تعتقد أن طفلك ربما يواجه أي صعوبات أو ظروف قد تؤثر في قدرته على الفهم أو التحدث أو القراءة أو الكتابة باللغة الإنجليزية أو أي لغة أخرى؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى توضيحها.
 نعم* لا غير متأكد
 نعم* إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح:

ما مدى شدة هذه الصعوبات حسبما تعتقد؟ طفيفة شديدة إلى حد ما شديدة للغاية

2. هل أُحيل طفلك سابقاً إلى تقييم تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة؟ لا نعم*
 إذا تمت الإحالة لتقييم، فهل تم الإقرار بأن طفلك يحتاج إلى تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة؟ لا نعم
 *إذا تمت الإحالة لتقييم وتم الإقرار بأن طفلك يحتاج إلى تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، فهل سبق أن تلقى طفلك أي خدمات لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة؟ لا نعم - أنواع الخدمات التي تلقاها: _____

2ب. عمر الطفل عند تلقي الخدمات (يرجى تحديد جميع ما ينطبق):
 من الولادة حتى سن 3 أعوام (تدخل مبكر) 3 إلى 5 أعوام (تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة) 6 أعوام أو أكبر (تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة)

2ج. هل طفلك مسجل في برنامج التعليم الفردي (Individualized Education Program, IEP)، أو خطة 504؟ لا نعم

3. ما اللغة التي تفضل استخدامها لتلقي الإخطارات الشفهية من المدرسة أو المديرية التعليمية؟
 الإنجليزية غير ذلك
 يرجى التحديد _____

4. ما اللغة التي تفضل استخدامها لتلقي الرسائل المكتوبة من المدرسة أو المديرية التعليمية؟
 الإنجليزية غير ذلك
 يرجى التحديد _____

5. حدد تاريخ أول تسجيل في أي مدرسة أمريكية
 (الشهر/اليوم/السنة)
 هل يوجد أي أمر آخر تعتقد أنه من المهم أن تعرفه المدرسة بشأن طفلك؟ (على سبيل المثال: مهارات خاصة، مخاوف صحية، ما إلى ذلك)

الشهر: _____ اليوم: _____ العام: _____

التاريخ

توقيع ولي الأمر أو الوصي

اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة

| OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS | | |
|---|---|-----------------------|
| Name: _____ | Position: _____ | |
| IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____ | | |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW | | |
| Name: _____ | Position: _____ | |
| IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____ | | |
| Oral Interview Necessary: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Date of Individual Interview: _____ Month Day Year | |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT | | |
| Name: _____ | Position: _____ | |
| IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____ | | |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES | | |
| Name: _____ | Position: _____ | |
| Date of Screener: _____ Month Day Year | Name of the Language Screening Assessment: _____ | Score achieved: _____ |
| Proficiency Level Achieved: Entering 1 <input type="checkbox"/> / Beginning 2 <input type="checkbox"/> / Developing 3 <input type="checkbox"/> / Expanding 4 <input type="checkbox"/> / Bridging 5 <input type="checkbox"/> / Reaching 6 <input type="checkbox"/> | | |
| FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED: | | |