

2650 Great Neck Road  
Copiague, New York 11726  
(631) 842-4015 Fax: (631) 789-8991

**PROSZĘ UZUPEŁNIĆ WSZYSTKIE PYTANIA** (Proszę  
wypełnić drukiem)

Uwaga: Należy wpisać oficjalne imię ucznia

**INFORMATCJA O UCZNIU/STUDENCIE**

Screen for LEP		Registration Date	
Student ID#		Registered By	
Age		Enroll Start Date	
School		NexGen entered by	
Provisional Grade (school to confirm)		Bilingual Class Yes / No	

Nazwisko ucznia:	Płeć: M - Mężczyzna F - Kobieta
Imię ucznia:	Data urodzenia:
Drugie imię:	Klasa:
Telefon domowy:	
Adres:	
Miejsce urodzenia:	
Pochodzenie: Hiszpan/Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Rasa: (Wybierz wszystkie, które dotyczą) <input type="checkbox"/> (A) Azjata <input type="checkbox"/> (B) Czarnoskóry lub Amerykanin Afrykańskiego Pochodzenia <input type="checkbox"/> (N) Rodowity mieszkaniiec Hawaii <input type="checkbox"/> lub innych Wysp Pacyfiku <input type="checkbox"/> (I) Indianin Amerykański lub Rodowity mieszkaniiec Alaski <input type="checkbox"/> (W) Biały	
Uczeń zamieszkuje z: <input type="checkbox"/> Obojgiem rodziców <input type="checkbox"/> Tylko z Matką <input type="checkbox"/> Tylko z Ojcem <input type="checkbox"/> Matką/Ojczymem <input type="checkbox"/> Ojcem/Macochą <input type="checkbox"/> Rodzicami przybranymi <input type="checkbox"/> Inne (Zobacz Specjalne Okoliczności Domowe Sekcja Poniżej)	
* Proszę podać imię i nazwisko macochy lub ojczyma (stepparent) : _____ Kwestionariusz został stworzony w celu ulepszenia Ustawy Bezdomnych McKinney-Vento Assistant. Odpowiedzi Twoje w tym kwestionariuszu pomogą dystryktowi szkolnemu określić do otrzymania jakich usług jest uprawnione Twoje dziecko, 1. Czy Twój obecny adres jest tymczasowym rozwiązaniem? _____ Tak _____ Nie 2. Jeśli tak, czy jest to tymczasowe rozwiązanie z powodu utraty mieszkania lub kryzysu gospodarczego? _____ Tak _____ Nie Jeśli odpowiedziałeś <b>TAK</b> , proszę wypełnić pozostałą część tego formularza. Jeśli odpowiedź brzmi <b>NIE</b> , proszę <b>ZATRZYMAĆ SIĘ TU</b> . *****	
Proszę sprawdzić, co najlepiej opisuje, gdzie uczeń mieszka <u>obecnie</u> : _____ w schronisku _____ w wynajmowanym garażu z powodu utraty mieszkania _____ w motelu lub hotelu _____ tymczasowo z osobą dorosłą, która nie jest rodzicem/prawnym _____ przejściowy program mieszkaniowy _____ opiekunem dziecka, z powodu utraty mieszkania _____ w samochodzie, przyczepie lub kempingu _____ w pojedynczym pokoju zajmowanego budynku _____ w wynajmowanej przyczepie/zmechanizowanym domu na prywatnej posiadłości  _____ tymczasowo w domu innej rodziny lub apartamencie z powodu utraty mieszkania _____ oczekuje na umieszczenie w rodzinie zastępczej _____ innym miejscu nie nadającym się do zamieszkania _____ Nie dotyczy żadnego z podanych wyborów	

Nazwisko ucznia:	Płeć: M - Mężczyzna F - Kobieta
Imię ucznia:	Data urodzenia:
Drugie imię:	Klasa:
Telefon domowy:	
Adres:	

Miejsce urodzenia:

Pochodzenie: Hiszpan/Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego?  Tak  Nie

Rasa: (Wybierz wszystkie, które dotyczą)

(A) Azjata  (B) Czarnoskóry lub Amerykanin Afrykańskiego Pochodzenia  (N) Rodowity mieszkaniowiec Hawaii

lub innych Wysp Pacyfiku  (I) Indianin Amerykański lub Rodowity mieszkaniowiec Alaski  (W) Biały

Uczeń zamieszkuje z:

Obojgiem rodziców  Tylko z Matką  Tylko z Ojcem  Matką/Ojczymem  Ojcem/Macochą  Rodzicami przybranymi

Inne (Zobacz Specjalne Okoliczności Domowe Sekcja Poniżej)

\* Proszę podać imię i nazwisko macochy lub ojczyma (stepparent) : \_\_\_\_\_

Kwestionariusz został stworzony w celu ulepszenia Ustawy Bezdomnych McKinney-Vento Assistant. Odpowiedzi Twoje w tym kwestionariuszu pomogą dystryktowi szkolnemu określić do otrzymania jakich usług jest uprawnione Twoje dziecko,

1. Czy Twój obecny adres jest tymczasowym rozwiązaniem? \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie

2. Jeśli tak, czy jest to tymczasowe rozwiązanie z powodu utraty mieszkania lub kryzysu gospodarczego?  
\_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie

Jeśli odpowiedziałeś **TAK**, proszę wypełnić pozostałą część tego formularza.

Jeśli odpowiedź brzmi **NIE**, proszę **ZATRZYMAĆ SIĘ TU**.

\*\*\*\*\*

Proszę sprawdzić, co najlepiej opisuje, gdzie uczeń mieszka obecnie:

w schronisku  w wynajmowanym garażu z powodu utraty mieszkania  
 w motelu lub hotelu  tymczasowo z osobą dorosłą, która nie jest rodzicem/prawnym opiekunem dziecka, z powodu utraty mieszkania  
 przejściowy program mieszkaniowy  w samochodzie, przyczepie lub kempingu  
 w pojedynczym pokoju zajmowanego budynku  w wynajmowanej przyczepie/zmechanizowanym domu na prywatnej posiadłości

tymczasowo w domu innej rodziny lub apartamencie z powodu utraty mieszkania

oczekuje na umieszczenie w rodzinie zastępczej  innym miejscu nie nadającym się do zamieszkania  Nie dotyczy żadnego z podanych wyborów

### Office Use Only

**Proof of Residency:**  LL affidavit  Lease  Mortgage Statement  Property Tax Bill  Utility Bill  
 Other: \_\_\_\_\_

**PROSZĘ WYPISZ IMIĘ(IMIONA) RODZEŃSTWA I ICH WIEK:**

<u>IMIĘ</u>	<u>WIEK/SZKOŁA</u>

**INFORMACJE O RODZICU/PRAWNYM OPIEKUNIE:**

**ADRES WYSYŁKOWY/POCZTOWY**

Proszę zakreślić jedno:  Mr./Mrs (Pan/Pani).;  Mrs (Pani).;  Ms.(Panna);  Mr.(Pan);  Dr./Pani.:  Dr./Dr.;  Inne

Opiekun 1 Nazwisko :	Data Urodzenia:	Pokrewieństwo:
Imię:	E-mail:	
Adres:		
Telefon domowy:	Telefon komórkowy:	Telefon do pracy:
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> Zamężny(a) <input type="checkbox"/> Rozwiedziony(a) <input type="checkbox"/> W separacji <input type="checkbox"/> Wdowiec/Wdowa		
Wysłać kopie ocen i inną korespondencję ucznia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

*(Proszę wypełnić tylko wtedy,gdy informacje są inne od powyższych)*

Opiekun 2 Nazwisko:	Data Urodzenia:	Pokrewieństwo:
Imię:	E-mail:	
Adres:		
Telefon Domowy:	Telefon komórkowy:	Telefon do pracy:
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> Zamężny(a) <input type="checkbox"/> Rozwiedziony(a) <input type="checkbox"/> W separacji <input type="checkbox"/> Wdowiec/Wdowa		
Wysłać kopie ocen i inną korespondencję ucznia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

**SPECIALNE OKOLICZNOŚCI W DOMU:** (Wypełnić jeśli samotny rodzic, Prawny Opiekun, Rodzic Zastępczy lub Agencja)

**W przypadku separacji lub po rozwodzie, drugi rodzic ma prawo do odwiedzenia ucznia w szkole i może mieć dostęp do dokumentacji ucznia, chyba że mamy dokument prawny wskazujący inaczej. W poniższych pustych miejscach proszę wskazać wszelkie ograniczenia i dostarczyć nam kopię dokumentu prawnego, jeżeli istnieje taka sytuacja.**

Opiekę prawną nad dzieckiem ma \_\_\_\_\_. Czy istnieje porozumienie wspólnej opieki nad dzieckiem? \_\_\_\_\_

Wymień wszystkie ograniczenia jakie ma drugi rodzic w stosunku do dziecka \_\_\_\_\_

Wymień typ i datę przedstawionych dokumentów prawnych \_\_\_\_\_

**Jeśli jesteś Opiekunem proszę wypełnić następujące:**

Imię i nazwisko naturalnych(biologicznych)rodziców(rodzica)dziecka \_\_\_\_\_

Adres lub miejsce pobytu rodziców naturalnych(biologicznych) \_\_\_\_\_

Oficjalny dokument stwierdzający opiekę prawną i ograniczenia, itp., jeśli takie są \_\_\_\_\_

**Jeśli jesteś Rodzicem Zastępczym lub Agencją Pomocy Zastępczej musisz wypełnić następujące informacje ponieważ rejestracja zostanie wstrzymana do momentu uzupełnienia brakujących informacji. Wymagana jest także Forma DSS-2999 i list potwierdzający poniższe informacje inaczej rejestracja zostanie zawieszona.**

Imię i nazwisko Rodzica Zastępczego(Rodziców Zastępczych) \_\_\_\_\_

Nazwa Agencji \_\_\_\_\_ Agencji Kod # \_\_\_\_\_

Adres Agencji \_\_\_\_\_ Typ Agencji \_\_\_\_\_

Pracownik wytypowany do sprawy i/lub Pracownik Socjalny \_\_\_\_\_

Nr telefonu \_\_\_\_\_

Sprawy # DSS \_\_\_\_\_ CIN # \_\_\_\_\_ CB# \_\_\_\_\_

Data umieszczenia dziecka w aktualnej lokalizacji \_\_\_\_\_ Data poprzedniej lokalizacji \_\_\_\_\_

**INFORMACJE DOTYCZĄCE POPRZEDNIEGO ADRESU**

<u>Daty Do/Od</u> (najpierw najbardziej aktualny)	<u>Adres:</u>	<u>Lokalizacja: Kraj/Miasto/Stan/Kod pocztowy</u>

**INFORMACJE Z POPRZEDNIEJ SZKOŁY**

<u>Szkoły, do których uczęszano</u>	<u>Data Do/Od</u> (najpierw najbardziej aktualna)	<u>Lokalizacja: Miasto/Stan/Kraj</u>	<u>Specjalne Programy</u> (E.S.L., Edukacja Specjalna, itp)

**INFORMACJE LEKARZA/DENTYSY**

Imię i nazwisko lekarza:	Telefon:
Adres:	

Imię i nazwisko dentysty:	Telefon:
Adres:	

**KONTAKTY W RAZIE NAGŁEGO WYPADKU (EMERGENCY):**

Imię i nazwisko:	Pokrewieństwo:	
Adres:		
Telefon domowy:	Telefon komórkowy:	Telefon do pracy:

Imię i nazwisko:	Pokrewieństwo:	
Adres:		
Telefon domowy:	Telefon komórkowy:	Telefon do pracy:

Imię i nazwisko:	Pokrewieństwo:	
Adres:		

Telefon domowy:	Telefon komórkowy:	Telefon do pracy:

Imię i nazwisko:		Pokrewieństwo:
Adres:		
Telefon domowy:	Telefon komórkowy:	Telefon do pracy:

**ANEKS(UZUPEŁNIENIE) REJESTRACJI NOWYCH UCZNIÓW:**

Czy dziecko Twoje ma stwierdzoną lub podejrzaną niepełnosprawność, która w zasadniczy sposób wpływa na jego/jej naukę?     \_\_\_Tak   \_\_\_Nie

Jeśli tak, proszę opisać: \_\_\_\_\_

Czy dziecko Twoje zostało ewaluowane/badane pod kontem niepełnosprawności?     \_\_\_Tak   \_\_\_Nie

Jeśli tak, proszę opisać: \_\_\_\_\_

Czy dziecko Twoje było klasyfikowane przez Komisję Edukacji Specjalnej jako uczeń ,któremu przysługują usługi edukacji specjalnej?     \_\_\_Tak   \_\_\_Nie

Jeśli tak, proszę opisać: \_\_\_\_\_

Czy dziecko Twoje w poprzedniej szkole otrzymywało jakiegokolwiek specjalne usługi, Terapia Mowy(Speech), Terapia Zajęciowa (OT,) Fizykoterapię(PT), **AI**S (.....), Język Angielski jako drugi(ESL), itp. ?     \_\_\_Tak   \_\_\_Nie

Jeśli tak, proszę opisać: \_\_\_\_\_

**PRZYSIĘGA RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA:**

Ja, \_\_\_\_\_, stwierdzam, że jestem rodzicem/opiekunem \_\_\_\_\_, i przeczytałem/przeczytałam powyższe stwierdzenia i znam ich treść;

wszystko jest prawdą zgodnie z moją wiedzą; Zdaję sobie sprawę i wiem, iż udzielone powyżej odpowiedzi Dystrykt Szkolny weźmie je pod uwagę ustalając czy dziecko zostanie wpisane w sytem szkolny.

\_\_\_\_\_  
Podpis Rodzica / Opiekuna Data



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

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

## Home Language Questionnaire (HLQ)

*Dear Parent or Guardian:  
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.*

Please write clearly when completing this section.		
<b>STUDENT NAME:</b>		
_____		
First	Middle	Last
_____	_____	_____
<b>DATE OF BIRTH:</b>		<b>GENDER:</b>
Month	Day	Year
_____	_____	_____
<b>PARENT/PERSON IN PARENTAL RELATION INFO:</b>		
_____		
_____	_____	_____
Last Name	First Name	Relation to Student

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"/> Mother	_____	<input type="checkbox"/> Father
		<i>specify</i>	<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

<b>Educational History</b>
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *If yes, please explain: _____
How severe do you think these difficulties are? <input type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Somewhat severe <input type="checkbox"/> Very severe
10a. Has your child ever been <u>referred</u> for a special education evaluation in the past? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes*    *Please complete 10b below
10b. *If referred for an evaluation, has your child ever <u>received</u> any special education services in the past? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – Type of services received: _____
Age at which services received (Please check all that apply): <input type="checkbox"/> Birth to 3 years (Early Intervention) <input type="checkbox"/> 3 to 5 years (Special Education) <input type="checkbox"/> 6 years or older (Special Education)
10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? _____

Month: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent or of Person in Parental Relation*

**Date**

Relationship to student:     Mother     Father     Other: \_\_\_\_\_

<b>OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING HLQ</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW</b>	
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
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL</b>	
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: _____ _____	