



## 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 English. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated.*

*Thank You*

### TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL

DISTRICT <small>Please print or type clearly</small>		
SCHOOL	GRADE	
STUDENT NAME		
DATE OF BIRTH		
Month:	Day:	Year:
STUDENT IDENTIFICATION NUMBER		
COUNTRY OF BIRTH / ANCESTRY		
NUMBER OF YEARS ENROLLED IN SCHOOL OUTSIDE THE U.S.		
NAME/POSITION OF SCHOOL PERSONNEL COMPLETING THIS SECTION		
DETERMINATION:		
<input type="checkbox"/> Possible LEP		
<input type="checkbox"/> English Proficient		

(✓ boxes that apply)

1. What language(s) is spoken in the student's home or residence? ☐ English ☐ Other specify
2. What language(s) are spoken most of the time to the student, in the home or residence? ☐ English ☐ Other specify
3. What language(s) does the student understand? ☐ English ☐ Other specify
4. What language(s) does the student speak? ☐ English ☐ Other specify
5. What language(s) does the student read? ☐ English ☐ Other specify ☐ Does Not Read
6. What language(s) does the student write? ☐ English ☐ Other specify ☐ Does Not Write

7. In your opinion, how well does the student understand, speak, read and write English?

	Very well	Only a little	Not at all
Understands English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speaks English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reads English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Writes English	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature of Parent/Guardian/Other

Date

Month: Day: Year:



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

## Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:*

*Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, 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.*

**Por favor escriba con claridad al completar esta sección.**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Segundo nombre Apellido

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**GÉNERO:**

Mes Día Año

☐ Masculino

☐ Femenino

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL**

Apellido Primer Nombre Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL  
IDIOMA DEL HOGAR

### 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?

☐ Inglés

☐ Otro

especifique

2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?

☐ Inglés

☐ Otro

especifique

3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?

☐ Madre

☐ Padre

especifique

especifique

☐ Tutor(es)

especifique

4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?

☐ Inglés

☐ Otro

especifique

5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?

☐ Inglés

☐ Otro

☐ No sabe hablar

especifique

6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?

☐ Inglés

☐ Otro

☐ No sabe leer

especifique

7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?

☐ Inglés

☐ Otro

☐ No sabe escribir

especifique

### TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

**SCHOOL DISTRICT INFORMATION:**

**STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:**

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO