



State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION
 Shepard Building
 255 Westminster Street
 Providence, Rhode Island 02903-3400

Angélica Infante-Green
 សមាជិកគណៈកម្មការ

ការស្ទង់មតិភាសាដើម (Home Language Survey, HLS)

ត្រូវបំពេញដោយមាតាបិតាឬអាណាព្យាបាល

សូមគោរពមាតាបិតាឬអាណាព្យាបាល
 ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅលើទម្រង់
 នេះគឺចាំបាច់សម្រាប់ការ
 ស្វែងរកសាលារៀនដែលសមស្របបំផុត
 សម្រាប់កូនរបស់អ្នក
 ហើយនឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់
 គោលបំណងផ្សេងទៀតឡើយ¹។
 សូមអរគុណចំពោះការសហការរបស់អ្នក។

ឈ្មោះរបស់សិស្ស៖		
នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖		ទីកន្លែងកំណើត ² ៖
ថ្ងៃ	ខែ	ឆ្នាំ
ទំនាក់ទំនងមាតាបិតាឬអាណាព្យាបាលជាមួយសិស្ស៖		
<input type="checkbox"/> មាតា <input type="checkbox"/> បិតា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____		
លេខកូដភាសាដើម៖		

ប្រវត្តិនៃភាសា (សូមគូសចិត្តលើគ្រប់ជម្រើសដែលអនុវត្តបាន)			
1. តើអ្វីទៅជាភាសាចម្បងដែលប្រើនៅផ្ទះបើទោះជាភាសាដែលនិយាយដោយសិស្សនោះជាភាសាអ្វីក៏ដោយ?	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	_____ បញ្ជាក់
2. តើភាសាអ្វីដែលនិស្សិតនិយាយច្រើនជាងគេ?	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	_____ បញ្ជាក់
3. តើភាសាអ្វីដែលនិស្សិតទទួលបានដំបូង?	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	_____ បញ្ជាក់
4. តើកូនរបស់អ្នកយល់ភាសាអ្វីខ្លះ?	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	_____ បញ្ជាក់
5. តើកូនរបស់អ្នកនិយាយភាសាអ្វីខ្លះ?	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	_____ បញ្ជាក់ <input type="checkbox"/> មិនចេះនិយាយ
6. តើកូនរបស់អ្នកអានភាសាអ្វីខ្លះ?	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	_____ បញ្ជាក់ <input type="checkbox"/> មិនចេះអាន
7. តើកូនរបស់អ្នកសរសេរភាសាអ្វីខ្លះបាន?	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	_____ បញ្ជាក់ <input type="checkbox"/> មិនចេះសរសេរ

¹ គម្រោងដោយច្បាប់ Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) និង ច្បាប់ស្តីពីឱកាសអប់រំស្មើគ្នា (Equal Educational Opportunity Act) (20 U.S.C. §1703(f))
² គ្រូបង្រៀនមិនត្រូវបានគេតម្រូវឱ្យផ្តល់កន្លែងកំណើតនោះទេប៉ុន្តែការផ្តល់ព័ត៌មានអាចជួយ LEAs ដើម្បីរៀបចំខ្លួនឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងដើម្បីឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការប្លុកដើម។
 ធ្វើឱ្យទាន់សម័យចុងក្រោយ៖ 4/30/2020

ទូរស័ព្ទ(401)222-4600 ទូរសារ (401)222-6178 TTY (800)745-5555 សម្តែង (800)745-6575 គេហទំព័រ៖ www.ride.ri.gov
 គ្រូបង្រៀនក្រសួងការអប់រំ R.I. (R.I. Board of Education) មិនរើសអើងដោយផ្អែកលើរាងកាយ ភេទ និន្នាការភេទ អត្តសញ្ញាណ/ការបង្ហាញយែនឌ័រ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ដើមកំណើតជាតិ ឬ ពិការភាពឡើយ។

បទសម្ភាសន៍គ្រួសារ - ប្រវត្តិអប់រំ

1. តើអ្នកគិតថាកូនរបស់អ្នកអាចមានការលំបាកឬលក្ខខណ្ឌណាមួយដែលជះឥទ្ធិពលដល់សមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការយល់ និងយាយអានឬសរសេរជាភាសាអង់គ្លេសឬភាសាផ្សេងទៀតឬទេ? បើមាន សូមពណ៌នាពីពួកគេ។
 បាទ/ចាស* ទេ មិនប្រាកដ
 *ប្រសិនបើមែន សូមពន្យល់: _____
 តើអ្នកគិតថាការលំបាកទាំងនេះធ្ងន់ធ្ងរប៉ុណ្ណា? តិចតួច ធ្ងន់ធ្ងរ ធ្ងន់ធ្ងរណាស់

2a. តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេស្នើសុំសម្រាប់ការវាយតម្លៃការអប់រំពិសេសកាលពីអតីតកាលដែរឬទេ? ទេ បាទ/ចាស*
 * ប្រសិនបើត្រូវបានគេបញ្ជូនសម្រាប់ការវាយតម្លៃ តើកូនរបស់អ្នកត្រូវបានគេសម្គាល់ថាត្រូវការដែរឬទេ? ទេ បាទ/ចាស*
 * ប្រសិនបើត្រូវបានគេស្នើសុំឱ្យធ្វើការវាយតម្លៃ ហើយគេសម្គាល់ថាត្រូវការ តើកូនរបស់អ្នកធ្លាប់បានទទួលការអប់រំពិសេសណាមួយដែរឬទេ?
 ទេ បាទ/ចាស - ប្រភេទសេវាកម្មដែលទទួលបាន: _____

2b. អាយុដែលបានទទួលសេវាកម្ម (សូមគូសឆិករលំដាប់ដែលអនុវត្តបាន):
 កំណើតដល់ 3 ឆ្នាំ (អន្តរកម្មដំបូង) 3 ទៅ 5 ឆ្នាំ (ការអប់រំពិសេស) 6 ឬលើសពីនេះ (ការអប់រំពិសេស)

2c. តើកូនរបស់អ្នកមានកម្មវិធីអប់រំលក្ខណៈបុគ្គល (Individualized Education Program, IEP) ឬ គម្រោង 504 ឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

3. តើភាសាណាដែលអ្នកចង់ទទួលបានជាការប្រាស្រ័យទាក់ទង ភាសាអង់គ្លេស ផ្សេងទៀត _____ បញ្ជាក់
 ផ្ទាល់មាត់ពិសាលាវិទ្យាស្រុក?

4. តើភាសាណាដែលអ្នកចង់ទទួលបានជាការទំនាក់ទំនង ភាសាអង់គ្លេស ផ្សេងទៀត _____ បញ្ជាក់
 ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពិសាលាវិទ្យាស្រុក?

5. ចង្អុលបង្ហាញកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលាណាមួយរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក _____ (mm/dd/yyyy)
 តើមានអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកគិតថាសំខាន់ ដែលសាលាត្រូវដឹងអំពីកូនរបស់អ្នកឬទេ? (e.g., ទេពកោសល្យពិសេស បញ្ហាសុខភាព។ល។)

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាល _____ ខែ: _____ ថ្ងៃ: _____ ឆ្នាំ: _____
 សរសេរឈ្មោះឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល _____ កាលបរិច្ឆេទ

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:		

ទូរស័ព្ទ(401)222-4600 ទូរសារ (401)222-6178 TTY (800)745-5555 សម្តែង (800)745-6575 គេហទំព័រ: www.ride.ri.gov
 ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលការអប់រំ R.I. (R.I. Board of Education) មិនរើសអើងដោយផ្អែកលើអាយុ ភេទ និន្នាការភេទ អត្តសញ្ញាណ/ការបង្ហាញយែនឌ័រ
 ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ដើមកំណើតជាតិ ឬ ពិការភាពឡើយ។