



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  
 委员

## 家庭语言调查 (Home Language Survey, HSL)

由家长或监护人填写

尊敬的家长或监护人：

为了帮助您的孩子选择最适合的学校，请务必填写本表格中要求的信息，这些信息不会被用于其他任何目的<sup>1</sup>。

感谢您的配合。

<b>学生姓名：</b>		
名字	中间名	姓氏
<b>出生日期：</b>		<b>出生地<sup>2</sup>：</b>
月	日	年
家长或监护人与学生的关系： <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
<b>家庭语言代码：</b>		

### 语言背景 (请选择所有适用项)

1. 无论学生讲什么语言，你们家中使用的主要语言是什么？	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他	_____	请说明
2. 学生最常使用的语言是什么？	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他	_____	请说明
3. 学生最先习得的语言是什么？	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他	_____	请说明
4. 您的孩子听得懂哪些语言？	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他	_____	请说明
5. 您的孩子会讲哪些语言？	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他	_____ <input type="checkbox"/> 不会说话	请说明
6. 您的孩子会读哪些语言？	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他	_____ <input type="checkbox"/> 不会阅读	请说明
7. 您的孩子会写哪些语言？	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其他	_____ <input type="checkbox"/> 不会书写	请说明

<sup>1</sup> Rhode Island 法律 (R.I.G.L. § 16-54-2) 与《平等教育机会法》(Equal Educational Opportunity Act, 20 U.S.C. §1703(f)) 要求

<sup>2</sup> 家长并不一定要填写出生地，但是提供此信息有助于 LEA 更好地做好文化回应。

最后更新：2020 年 4 月 30 日

电话 (401)222-4600 传真 (401)222-6178 电传机 (800)745-5555 语音信箱 (800)745-6575 网站: [www.ride.ri.gov](http://www.ride.ri.gov)

R.I. 教育委员会 (Board of Education) 不会因年龄、性别、性取向、性别认同/表现、种族、肤色、宗教、国籍或残障而歧视任何人。

## 家访 — 教育经历

1. 您是否认为您的孩子可能存在任何会影响其英语或其他任何语言的听、说、读、写能力的困难或状况？如果是，请说明。

是\* 否 不确定

\*如果是，请说明：\_\_\_\_\_

您认为这些困难的严重程度如何？  不太严重  有些严重  非常严重

2a. 您的孩子过去是否接受过特殊教育评估？  否  是\*

\*如果您的孩子接受过评估，则其是否已被确定为有此需求？  否  是\*

\*如果您的孩子过去接受过评估并被确定为有此需求，则其是否接受过任何特殊教育服务？

否  是 — 所接受服务的类型：\_\_\_\_\_

2b. 接受相关服务时的年龄（请选择所有适用项）：

0 至 3 岁（早期干预）  3 至 5 岁（特殊教育）  6 岁或以上（特殊教育）

2c. 您的孩子是否参与了个别教育计划 (Individualized Education Program, IEP) 或 504 计划？  否  是

3. 您希望学校或学区使用哪种语言来与您进行口头交流？  英语  其他 \_\_\_\_\_  
请说明

4. 您希望学校或学区使用哪种语言来与您进行书面交流？  英语  其他 \_\_\_\_\_  
请说明

5. 请说明首次在美国任何学校就读的日期 \_\_\_\_\_

(月月/日日/年年年年)

关于您的孩子，您认为学校还应了解哪些重要的方面？（例如，特殊才能和健康问题等）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月： \_\_\_\_\_ 日： \_\_\_\_\_ 年：

\_\_\_\_\_  
家长或监护人签字

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
家长/监护人正楷姓名

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: _____ <i>Month Day Year</i>	
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: _____ <i>Month Day Year</i>	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:		