



Angélica Infante-Green
 ກຳມະການ

ການສຳຫຼວດພາສາທີ່ໃຊ້ຢູ່ບ້ານ (Home Language Survey, HLS)

ເຮັດໃຫ້ສຳເລັດໂດຍພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ

ສະບາຍດີ ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຮັກແພງ,
 ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຮຽກຮ້ອງໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນມີຄວາມຈຳເປັນສຳລັບໂຮງຮຽນເພື່ອຈັດທາງໃຫ້ເໝາະສົມທີ່ສຸດສຳລັບລູກຂອງທ່ານ ແລະ ຈະບໍ່ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆ¹.
 ຂອບໃຈສຳລັບການຮ່ວມມືຂອງທ່ານ.

ຊື່ນັກຮຽນ:		
ຊື່	ຊື່ກາງ	ນຳສະກຸນ
ວັນເດືອນປີເກີດ:		ສະຖານທີ່ເກີດ²:
ເດືອນ	ວັນ	ປີ
ຄວາມສຳພັນຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງກັບນັກຮຽນ:		
<input type="checkbox"/> ແມ່ <input type="checkbox"/> ພໍ່ <input type="checkbox"/> ຄົນອື່ນ _____		

ລະຫັດພາສາທີ່ໃຊ້ຢູ່ບ້ານ:

ພື້ນຖານດ້ານພາສາ (ກະລຸນາຕືກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)			
1. ພາສາທີ່ໃຊ້ຫຼັກຢູ່ໃນເຮືອນແມ່ນພາສາຫຍັງ, ໂດຍບໍ່ລວມພາສາທີ່ນັກຮຽນເວົ້າ?	<input type="checkbox"/> ອັງກິດ	<input type="checkbox"/> ພາສາອື່ນ _____	ລະບຸ _____
2. ພາສາໃດທີ່ນັກຮຽນເວົ້າເລື້ອຍທີ່ສຸດ?	<input type="checkbox"/> ອັງກິດ	<input type="checkbox"/> ພາສາອື່ນ _____	ລະບຸ _____
3. ພາສາທຳອິດທີ່ນັກຮຽນເວົ້າໄດ້ແມ່ນພາສາຫຍັງ?	<input type="checkbox"/> ອັງກິດ	<input type="checkbox"/> ພາສາອື່ນ _____	ລະບຸ _____
4. ພາສາໃດທີ່ລູກຂອງທ່ານເຂົ້າໃຈ?	<input type="checkbox"/> ອັງກິດ	<input type="checkbox"/> ພາສາອື່ນ _____	ລະບຸ _____
5. ພາສາໃດທີ່ລູກຂອງທ່ານເວົ້າໄດ້?	<input type="checkbox"/> ອັງກິດ	<input type="checkbox"/> ພາສາອື່ນ _____	ລະບຸ _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເວົ້າ
6. ພາສາໃດທີ່ລູກຂອງທ່ານອ່ານໄດ້?	<input type="checkbox"/> ອັງກິດ	<input type="checkbox"/> ພາສາອື່ນ _____	ລະບຸ _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ອ່ານ
7. ພາສາໃດທີ່ລູກຂອງທ່ານຂຽນໄດ້?	<input type="checkbox"/> ອັງກິດ	<input type="checkbox"/> ພາສາອື່ນ _____	ລະບຸ _____ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຂຽນ

¹ ຮຽກຮ້ອງໂດຍກົດໝາຍ Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) ແລະ ກົດໝາຍ ການມີໂອກາດການສຶກສາທີ່ເທົ່າທຽມກັນ (Equal Educational Opportunity Act) (20 U.S.C. §1703(f))

² ບັນດາຄອບຄົວບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສະໜອງສະຖານທີ່ເກີດ, ແຕ່ການໃຫ້ຂໍ້ມູນສາມາດຊ່ວຍໄດ້ LEAs ໃນການກະກຽມທີ່ດີກວ່າເພື່ອຕອບສະໜອງທາງດ້ານວັດທະນະທຳ. ບັບປຸງຄັ້ງສຸດທ້າຍ: 4/30/2020

ໂທລະສັບ (401)222-4600 ແຟັກ(401)222-6178 TTY (800)745-5555 ສຽງ (800)745-6575 ເວບໄຊທ໌: www.ride.ri.gov
 ຄະນະກຳມະການສຶກສາຂອງ R.I. ບໍ່ຈຳແນກໂດຍອິງໃສ່ອາຍຸ, ເພດ, ຄວາມມັກທາງເພດ, ຕົວບົ່ງບອກທາງເພດ / ການສະແດງອອກທາງເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ສາດສະໜາ, ຊາດກຳເນີດ, ຫຼື ຄວາມພິການ.

ການສຳພາດຄອບຄົວ - ປະຫວັດການສຶກສາ

1. ທ່ານຄິດວ່າລູກຂອງທ່ານອາດຈະມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກ ຫຼື ມີເງື່ອນໄຂໃດໜຶ່ງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຄວາມສາມາດຂອງຕົນໃນການເຂົ້າໃຈ, ເວົ້າ, ອ່ານ ຫຼື ຂຽນເປັນພາສາອັງກິດ ຫຼື ພາສາອື່ນໆບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍ.

ແມ່ນ* ບໍ່ ບໍ່ແນ່ໃຈ

*ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

ທ່ານຄິດວ່າຄວາມຫຍຸ້ງຍາກເຫຼົ່ານີ້ຮ້າຍແຮງປານໃດ? ເລັກນ້ອຍ ຮຸນແຮງໜ້ອຍໜຶ່ງ ຮຸນແຮງຫຼາຍ

2ກ. ລູກຂອງທ່ານເຄີຍຖືກສົ່ງໄປເຮັດການປະເມີນຜົນການສຶກສາພິເສດໃນອະດີດບໍ່? ບໍ່ ແມ່ນ*

ຖ້າຖືກສົ່ງມາໄປເຮັດການປະເມີນຜົນ, ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການລະບຸບໍ່? ບໍ່ ແມ່ນ

*ຖ້າຖືກສົ່ງໄປເຮັດການປະເມີນຜົນ ແລະ ໄດ້ຮັບການກະລະບຸວ່າລູກຂອງທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບການສຶກສາພິເສດໃດໜຶ່ງບໍ່ໃນອະດີດບໍ່?

ບໍ່ ແມ່ນ – ປະເພດຂອງການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບ: _____

2ຂ. ອາຍຸຕອນໄດ້ຮັບການບໍລິການ (ກະລຸນາຕືກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

ຕັ້ງແຕ່ເກີດຮອດ 3 ປີ (ການແຊກແຊງໃນຕອນຕົ້ນ) 3 ເຖິງ 5 ປີ (ການສຶກສາພິເສດ) 6 ປີຂຶ້ນໄປ (ການສຶກສາພິເສດ)

2ຄ. ລູກຂອງທ່ານມີແຜນງານການສຶກສາສະເພາະບຸກຄົນ (Individualized Education Program, IEP), ຫຼື ແຜນ 504 ບໍ່? ບໍ່ ແມ່ນ*

3. ພາສາໃດທີ່ທ່ານນັກໃຊ້ເພື່ອການສື່ສານການທາງປາກເວົ້າ ຈາກໂຮງຮຽນ ຫຼື ເມືອງ? ອັງກິດ ພາສາອື່ນ _____ ລະບຸ

4. ພາສາໃດທີ່ທ່ານນັກໃຊ້ເພື່ອການສື່ສານການທາງການຂຽນ ຈາກໂຮງຮຽນ ຫຼື ເມືອງ? ອັງກິດ ພາສາອື່ນ _____ ລະບຸ

5. ລະບຸວັນທີ ທີ່ລົງທະບຽນເຂົ້າຮຽນໃນໂຮງຮຽນໃດໜຶ່ງຄັ້ງທຳອິດໃນສະຫະລັດອາເມລິກາ _____ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)

ມີສິ່ງໃດທີ່ທ່ານຄິດວ່າສຳຄັນສຳລັບໂຮງຮຽນຄວນຈະຮູ້ກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານ? (ຕົວຢ່າງ: ພອນສະຫວັນພິເສດ, ຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ອື່ນໆ)

_____ ເດືອນ: _____ ມີ: _____ ປີ: _____
 ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຮັກແພງ ວົງວາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____

_____ ຂຽນຊື່ພໍ່ແມ່/ ຜູ້ປົກຄອງ _____

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:		

ໂທລະສັບ (401)222-4600 ແຟັກ (401)222-6178 TTY (800)745-5555 ສຽງ (800)745-6575 ເວບໄຊທ໌: www.ride.ri.gov
 ຄະນະກຳມະການສຶກສາຂອງ R.I. ບໍ່ຈຳແນກໂດຍອີງໃສ່ອາຍຸ, ເພດ, ຄວາມມັກທາງເພດ, ຕົວບົ່ງບອກທາງເພດ / ການສະແດງອອກທາງເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ສາດສະໜາ, ຊາດກຳເນີດ, ຫຼື ຄວາມພິການ.