



Angélica Infante-Green
Commissioner

State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ELEMENTAR E SECUNDÁRIA
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Inquérito Sobre Língua Falada em Casa (HLS)

A ser preenchido pelos Pais ou Responsável

Caros Pais ou Responsável,

As informações solicitadas neste formulário são necessárias para a colocação escolar mais apropriada do seu filho e não serão usadas para outros fins¹.

Obrigado pela sua colaboração.

Nome do Estudante:		

Nome Próprio	Nome do Meio	Sobrenome
Data de Nascimento:		Local de Nascimento²:
_____		_____
Mês	Dia	Ano
Relação dos Pais ou do Responsável com o estudante:		
<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro _____		

Código da Língua Falada em Casa:

Antecedentes Linguísticos

(Por favor, assinale todas as opções que se aplicam)

1. Qual é a língua principal usada em casa, independentemente da língua falada pelo estudante?	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Outra	_____	<i>Especificar</i>
2. Qual é a língua mais falada pelo estudante?	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Outra	_____	<i>Especificar</i>
3. Qual é a língua que o aluno adquiriu pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Outra	_____	<i>Especificar</i>
4. Que língua(s) o seu filho entende?	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Outra	_____	<i>Especificar</i>
5. Que língua(s) o seu filho fala?	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Outra	_____	<input type="checkbox"/> Não fala <i>Especificar</i>
6. Que língua(s) o seu filho lê?	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Outra	_____	<input type="checkbox"/> Não lê <i>Especificar</i>
7. Que língua(s) o seu filho escreve?	<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Outra	_____	<input type="checkbox"/> Não escreve <i>Especificar</i>

¹ Exigido pela Lei de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) e pela Lei da Igualdade de Oportunidades Educacionais (20 U.S.C. §1703(f))

² As famílias não precisam fornecer o local de nascimento, mas fornecer as informações pode ajudar os LEAs (Autoridade de Educação Local) a se prepararem melhor para serem culturalmente recetivos.

Última Atualização: 4/30/2020

Telefone (401)222-4600 Fax (401)222-6178 TTY (800)745-5555 Voz (800)745-6575 Página Web: www.ride.ri.gov

O Conselho de Educação de Rhode Island não discrimina com base na idade, sexo, orientação sexual, identidade/expressão de gênero, raça, cor, religião, origem nacional ou deficiência.

Entrevista Familiar – Histórico Educacional

1. Acha que o seu filho pode ter dificuldades ou condições que afetem a sua capacidade de entender, falar, ler ou escrever em inglês ou em qualquer outra língua? Se sim, descreva-os.

Sim* Não Não tenho a certeza

*Se sim, por favor, explique: _____

Quão graves acha que estas dificuldades são? Menor Um pouco graves Muito graves

2a. No passado, o seu filho já foi encaminhado para uma avaliação de educação especial? Não Sim*

Se encaminhado para uma avaliação, o seu filho foi identificado? Não Sim

*Se encaminhado para uma avaliação e identificado, o seu filho já recebeu algum serviço de educação especial, no passado?

Não Sim – Tipo de serviços recebidos: _____

2b. Idade em que os serviços foram recebidos (Por favor, assinale todas as opções que se aplicam):

Nascimento até 3 anos (Intervenção Precoce) 3 a 5 anos (Educação Especial) 6 anos ou mais (Educação Especial)

2c. O seu filho tem um Programa de Educação Individualizado (IEP), ou o plano 504? Não Sim

3. Em que língua prefere receber comunicações orais da escola ou do distrito?

Inglês Outra

_____ *Especificar*

4. Em qual língua prefere receber comunicações escritas da escola ou do distrito?

Inglês Outra

_____ *Especificar*

5. Indique a data da primeira matrícula em QUALQUER escola dos U.S.A.

 (mm/dd/aaaa)

Há algo mais que ache importante a escola saber sobre o seu filho? (por exemplo: talentos especiais, problemas de saúde, etc.)

_____ Mês: _____ Dia: _____ Ano: _____

 Assinatura dos Pais ou Responsável

 Data

 Impressão do Nome dos Pais/Responsável

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: YES 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 / Beginning 2 / Developing 3 / Expanding 4 / Bridging 5 / Reaching 6

FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:
