

Encuesta Sobre Idiomas (Home Language Survey) Year _____

(The original is to be put in the student's Cum folder and one copy is to be given to the CORE ESOL teacher in your building OR sent to USD383's ESOL Coordinator.)

PADRES / GUARDIANES: POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO Y DEVUELVALO A LA ESCUELA DE SU HIJO

El Departamento de Educación de los Estado Unidos requiere que el USD383 determine el número de niños que están asistiendo a la escuela y que viven en hogares donde se habla un idioma distinto al inglés. La ley federal también exige que el USD383, en los primeros 30 días de su inscripción, pueda comprobar el dominio del inglés, de todos los niños que viven en hogares donde se habla un idioma distinto al inglés. La información de esta encuesta también aportará la base para fondos federales Título III para el distrito escolar que proporcione pruebas de la enseñanza del idioma inglés para PK - 12 a los estudiantes, materiales curriculares y desarrollo profesional para maestros de ESOL y personal del USD383. La información en este formulario no será divulgada sin su consentimiento por escrito.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____ **Masculino** **Femenino**

Escuela a la que asiste el estudiante: _____ **Grado:** _____

1. ¿Hay alguien en el hogar que hable un idioma distinto del Inglés? **Sí** **No**

PARE AQUÍ si la respuesta a la pregunta # 1 es NO
Por favor proporcione su **firma** y la **fecha** en la parte inferior de esta página.

Idiomas de la madre? _____ Dialecto: _____
Idiomas del padre? _____ Dialecto: _____

¿En qué país nació su hijo? _____
¿En qué fecha su hijo entró a los EE.UU. (si no es nacido en los EE.UU.) ____/____/____
¿En qué fecha su hijo fue inscrito por primera vez en una escuela de EE.UU. ? ____/____/____ Ciudad _____ Estado _____
¿En qué fecha su hijo fue inscrito por primera vez en una escuela de Kansas? ____/____/____ Ciudad _____
¿En qué fecha se matriculó su hijo por primera vez en Manhattan-Ogden USD 383? ____/____/____ Grado: ____ Escuela : _____
¿Su hijo ha sido clasificado anteriormente para un programa de inglés ("ESOL, ESL, ELL, ELD")? **Sí** **No**

¿Qué idioma su hijo aprendió a hablar/usar primero? _____
¿Qué idioma su hijo habla/usa más frecuentemente en la casa? _____
¿Qué idioma usted habla/usa más frecuentemente con su hijo? _____

¿Qué idioma regularmente hablan/usan los adultos que viven o se encuentran presente en la casa en la presencia de su hijo? (por ejemplo: tías, abuelos, amigas) _____

¿Entiende la madre de su hijo o hija el idioma inglés?	Sí	No	¿La madre de su hijo/hija lee inglés?	Sí	No
¿Entiende el padre de su hijo o hija el idioma inglés?	Sí	No	¿El padre de su hijo o hija lee inglés?	Sí	No

¿En qué idioma prefiere ser contactado? Inglés Español Otro: _____

En la medida de lo posible, la comunicación de la escuela será proporcionada en este idioma.

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Dirección _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

¿Estaría usted dispuesto a servir como un traductor para ayudar a otras familias? **Sí** **NO** En caso afirmativo, ¿qué idiomas? _____

FOR ESOL Program ONLY (English to Speakers of Other Languages)

(Once all fields are complete and signed by ESOL Teacher and ESOL coordinator, original is to be put in the student's Cum. folder and one copy is to be put in ESOL Audit notebook.)

To be completed by ESOL Staff or ESOL Coordinator

STUDENT NAME: _____

Qualifies for ESOL yes no	Date enrolled in school ___/___/___	
Date Assessment was given ___/___/___	Name of Assessment: _____	Assessment score: _____
Name of Person Giving Assessment: _____		Proficiency Level: _____

Additional Comments:

Copy of HLS to ESOL Coordinator	Original HLS In Cumulative Folder w/ all necessary signatures	Copy of HLS in ESOL Audit Notebook w/ all necessary signatures	Parents Notified DATE: ___/___/___	ESOL Cum. Folder Label Attached
Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
No	No	No	No	No

Country of Birth	Date Student Enrolled in US School
_____	_____

Signature of ESOL Staff

Date

FOR ESOL PROGRAM COORDINATOR

Entered Census	Entered LEP	Minutes Calculated	Entered ELPA	Added to Tchr IC Roster
Yes	Yes	Yes _____	Yes Proctor	Yes
No	No	No	No	No
Qualify Immigrant	Y N	If yes, date entered for immigrant status ___/___/___		
Qualify Immigrant but NOT ESOL	Y N	If yes, date entered for immigrant status ___/___/___		

Additional Comments:

Signature of ESOL Coordinator

Date