

PASSAIC SCHOOL DISTRICT
Division of Bilingual/ESL Education
 101 Passaic Ave. * Passaic, NJ 07055

HOME LANGUAGE SURVEY

Dear Parents/Guardian:

NJ Bilingual Administrative Code (6A:15-1.3) requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. A language proficiency assessment is required if student's home language is other than English. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students. Your cooperation in helping us meet the requirement is requested.

Please answer the following questions:

Student's Name:	ID#	Grade:
School:	Teacher:	
Your relationship to student: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____		

My child is from an English-only home: **YES** **NO**
If yes, there is no need to complete this form; please sign and date this form.

Directions: Please check a response for each of the following questions and indicate other languages if applicable.

	ENGLISH	SPANISH	OTHER
LANGUAGE(S)			
1. What language did your child learn when he/she first began to talk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. What language does your child most frequently use at home?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. What language do you use most frequently to speak to your child?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. What language do the adults at home most often speak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Additional survey questions:	YES	NO
5. Can an adult family member or extended family member speak English?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Can an adult family member or extended family member read English?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has your child been Reclassified Fully English Proficient (RFEP) in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has your child been assessed as English Proficient in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

What is the preferred language for oral or written communications to be sent home from the school? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish
--

 Parent/Guardian Signature

 Date

DISTRITO ESCOLAR DE PASSAIC
División de Educación Bilingüe/Inglés Como Segundo Idioma
 101 Avenida Passaic * Passaic, NJ 07055

ENCUESTA SOBRE IDIOMA EN EL HOGAR

Estimado Padre/ Guardián:

Código Administrativo Bilingüe de NJ (6A:15-1.3) requiere que las escuelas determinen el/los idioma(s) hablado en el hogar por cada estudiante. Se requiere un examen de proficiencia de idioma si el idioma del hogar no es inglés. Esta información es esencial para proveer instrucción efectiva para todos los estudiantes. Le pedimos su cooperación para ayudarnos a cumplir con este requerimiento.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

Nombre de Estudiante:	#ID	Grado:
Escuela:	Maestro/a:	
Su relación al estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (Específica) _____		

Mi hijo/a es de un hogar en donde se habla solamente Inglés: **SÍ** **NO**

Si contestó Sí, no tiene que completar esta forma; por favor firme y ponga la fecha.

Direcciones: Por favor marque su respuesta para cada pregunta; Indique otros idiomas si aplica.

- | | INGLÉS | ESPAÑOL | OTRO(S) IDIOMA(S) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Que idioma aprendió su hijo/a cuando aprendió hablar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Qué idioma usa su hijo/a más frecuentemente en el hogar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Qué idioma usa usted más frecuentemente al hablarle a su hijo/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Qué idioma hablan los adultos en el hogar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | SÍ | NO |
| 5. ¿Puede un miembro familiar adulto hablar Inglés? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Puede un miembro familiar adulto leer Inglés? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Fue su hijo/a reclasificado/a Completamente Proficiente en Inglés (CPI) en el pasado? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Fue su hijo/a evaluado/a Proficiente en Inglés en el pasado? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Cuál es el idioma preferido para comunicaciones orales y/ó escritas enviadas por la escuela al hogar?

INGLÉS **ESPAÑOL**

Firma de Padre/ ó Guardian

Fecha