

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR: ESCUELAS DEL CONDADO DE PINELLAS

ADMINISTRADO PARA CADA NUEVO ESTUDIANTE QUE ESTÉ MATRICULANDO POR PRIMERA VEZ EN UNA ESCUELA PÚBLICA EN FLORIDA

Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Fecha en que entró a las escuelas de EUA: _____ Escuela: _____ Grado Actual: _____

Fecha de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____

La información proporcionada en este formulario es únicamente utilizada para ofrecer servicios educativos apropiados, no para determinar el estado legal o para propósitos migratorios.

POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- a. ¿Hablan en su casa un **idioma diferente al inglés**? **Si** ___ **No** ___ ¿Qué idioma? _____
- b. ¿Tiene el estudiante un primer idioma **que no sea el inglés**? **Si** ___ **No** ___ ¿Qué idioma? _____
- c. ¿El estudiante habla con frecuencia un idioma **que no sea el inglés**? **Si** ___ **No** ___ ¿Qué idioma? _____

CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA RESULTARÁ EN LA EVALUACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DE ESOL. PUEDE HABER UNA DEMORA DE HASTA CUATRO SEMANAS PARA DICHA EVALUACIÓN DEBIDO A LA GRAN CANTIDAD DE ESTUDIANTES A EVALUAR. LOS MAESTROS AJUSTARÁN LA ENSEÑANZA PARA CUMPLIR CON LAS NECESIDADES DE LOS ESTUDIANTES QUE ESTÁN APRENDIENDO INGLÉS. AÚN SI SU NIÑO ES IDENTIFICADO COMO ELL, USTED PUEDE REHUSARSE A LA COLOCACIÓN EN LAS CLASES DE ESOL.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

SCHOOL USE ONLY

If answers to above questions are all NO: file Home Language Survey in cum folder

Any YES responses, K-12: Code LP on ELL Tab in FOCUS. Give HLS to ESOL Teacher or send to ESOL Office for testing

Any YES responses, Pre-K: Code LY basis of entry T on ELL Tab in FOCUS.

ESOL USE ONLY

Foreign Exchange Student: If YES, do not test!

English Language Learner (ELL): Yes No **ELL Status:** LY LF TZ

Basis of Entry: A R L T **Basis of Exit:** H I J L

Classification Date _____ Entry Date _____ Exit Date _____

Native Language _____ Tester _____

Comments _____

TEST NAME	TEST DATE	Title	Level (local) (Lvl) A-B-C-D	Rating (local) (RTG) BEG=1 LIN=2 HIN=3 PRF=4	Scale Score (SS)
Online CELLA (Form 3)		Listening/Speaking			
Other:		Reading			
		Writing			
		Comprehensive/ (Total)			