

# School District of Spencer Home Language Survey

FOR STAFF COMPLETION TO BE COMPLETED FOR ALL NEW STUDENTS			
ESL File Opened <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ESL Test Date	Today's Date	Test
ESL Evaluator	ESL Level	Placement	
<b>Padres/Guardián en Casa Inspección de Idioma</b>			
El Nombre de estudiante:			Grado:
<b>la relación de persona que completa la inspección:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro <i>especifique</i>			

**Direcciones:** verifique la respuesta correcta para cada una de las preguntas siguientes e indique otros idiomas si apropiada

- |   | <u>Inglés</u>            | <u>Otro</u>              | <u>Otros idiomas</u>   |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. ¿Qué idioma aprendió el niño cuando ella o él comenzó primero a hablar?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 2. ¿Qué idioma habla la familia en casa gran parte del tiempo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 3. ¿Qué idioma hablan los padres con su niño gran parte del tiempo?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 4. ¿Qué idioma habla el niño con sus padres gran parte del tiempo?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 5. ¿Qué idioma oye el niño y comprende en la casa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 6. ¿Qué idioma habla el niño con sus hermanos/hermanas gran parte del tiempo?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 7. ¿Qué idioma habla el niño con sus amigos gran parte del tiempo?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|   | <b><u>Sí</u></b>         | <b><u>No</u></b>         |  |
| 8. ¿Puede hablar un miembro adulto del miembro de la familia o el clan familiar inglés?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Pueden leer ellos inglés?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 9. ¿Solicitan los padres/guardianes comunicación que oral y/o escrita de la escuela para ser en inglés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> escrito |
|   | ¿Si no, en qué idioma?   |                          |  |

<b>FIRMA</b>	
la firma de persona que completa inspección:	la fecha firmó: