

Runnemedede School District

Home Language Survey

Student's Name: _____ Date: _____

Grade: _____ Previous School District/State/Country: _____

Relationship of Person Completing Survey:

____ Mother ____ Father ____ Guardian ____ Other (Specify) _____

Directions: Please check the correct response for each of the following questions and indicate other languages if appropriate. This survey is to help us determine if the child needs support in English. **Please answer all questions honestly.**

- | | English | Spanish | Other language(s) (Specify) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1. What language did the child learn when he or she first began to talk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 2. What language does the family speak at home <u>most of the time</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 3. What language does the parent(s) speak to their child <u>most of the time</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 4. What language does the child speak to their parents <u>most of the time</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 5. What language does the child speak to their siblings <u>most of the time</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 6. What language does the child speak to their friends <u>most of the time</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| | Yes | No | Some |
| 7. Are the parents/guardians able to read and write in their native language? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Can an adult family member speak English? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Can an adult family member read English? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signature of Person Completing Survey:

X _____ Date: _____

Distrito escolar de Runnemedede

Cuestionario de idiomas

Nombre de estudiante: _____ Fecha: _____

Grado: _____ Distrito escolar anterior/Estado/País: _____

Relación de la persona que completa este cuestionario:

____Madre ____Padre ____Guardián ____Otra (Indique) _____

Instrucciones: Por favor chequeé la respuesta correcta para cada uno de las siguientes preguntas e indique otros idiomas si es apropiado. Por favor responda a todas las preguntas honestamente. El cuestionario nos ayudará determinar si el estudiante necesita servicios en inglés.

- | | Inglés | Español | Otra idioma (Indique) |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1. ¿Qué idioma aprendió el estudiante cuando empezó a hablar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 2. ¿Qué idioma habla la familia en casa <u>la mayoría del tiempo</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 3. ¿Qué idioma hablan los padres al estudiante <u>la mayoría del tiempo</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 4. ¿Qué idioma habla el estudiante a sus padres <u>la mayoría del tiempo</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 5. ¿Cuál idioma habla el estudiante a sus hermanos <u>la mayoría del tiempo</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 6. ¿Qué idioma habla el estudiante a sus amigos <u>la mayoría del tiempo</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| | Sí | No | Poco |
| 7. ¿Pueden leer y escribir los padres en su primer idioma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Algún miembro adulto en la familia puede hablar inglés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Algún miembro adulto en la familia puede leer inglés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Firma de la persona quien completa este cuestionario:

X _____ Fecha: _____