

## Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

### Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en prejardín de infantes

Estimados padres o tutores de \_\_\_\_\_ (enter student name here)  
 Esta encuesta es una parte importante de su paquete de preinscripción en prejardín de infantes porque le da a su nueva escuela información acerca de las necesidades de idioma de su familia. Apreciamos en grado sumo su ayuda al responder las preguntas a continuación. Por favor, entréguele este formulario al administrador de su escuela, \_\_\_\_\_, y si usted tiene preguntas, hable con \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Gracias

N.º de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

**PARTE 1. NECESIDADES LINGÜÍSTICAS:** esta información determina cuál es el idioma que se habla en el hogar y el idioma de enseñanza pedido por la familia (si está disponible).

1. ¿Qué idioma(s) habla usted en el hogar? Por favor marque (✓) todo lo que sea pertinente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés<br><input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Bengalí<br><input type="checkbox"/> Árabe<br><input type="checkbox"/> Haitiano criollo<br><input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Urdu<br><input type="checkbox"/> Francés<br><input type="checkbox"/> Coreano<br><input type="checkbox"/> Albanés<br><input type="checkbox"/> Panyabí<br><input type="checkbox"/> Polaco<br><input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____ |
|---|--|

2. ¿Qué idioma **entiende** el niño?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

3. ¿Qué idioma **habla** el niño?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

4. ¿Qué idioma **lee** el niño?

No lee todavía

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

5. ¿Qué idioma **escribe** el niño?

No escribe todavía

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

6. ¿Qué idioma se habla en el hogar o la residencia del niño **la mayor parte del tiempo**?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

7. ¿Qué idioma habla el niño con sus padres o tutores **la mayor parte del tiempo**?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

8. ¿Qué idioma habla el niño con hermanos, hermanas, o amigos **la mayor parte del tiempo**?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

9. ¿Qué idioma habla el niño con otros familiares o proveedores de cuidados (por ejemplo, niñeras) **casi siempre**?

Inglés  Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

10. ¿Le gustaría que su hijo reciba enseñanza en su idioma nativo? (si está disponible):

Todo el tiempo                       Casi siempre                       A veces

## Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

### Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en pre jardín de infantes

**PARTE 2. PLANIFICACIÓN EDUCATIVA:** las respuestas a estas preguntas suplementarias se usarán para la planificación educativa. Ingrese la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas pertinentes a su hijo.

<p>1. ¿Es ésta la primera vez que su hijo participa en un programa de enseñanza o experiencia de grupo en Estados Unidos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>								
<p>SI RESPONDE NO:</p> <p>a. ¿Dónde participó: cuidado diario / preescolar / grupo de juego (<i>play group</i>)?</p>								
<p>b. ¿Cuál fue la fecha de inscripción?</p>								
<p>c. ¿Por cuánto tiempo participó?</p>								
<p>d. ¿Qué idioma se usó para la enseñanza?</p>								
<p>2. ¿Su hijo ha participado en un programa de enseñanza o experiencia de grupo en <u>otro país</u>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>								
<p>SI RESPONDE SÍ:</p> <p>a. ¿Dónde participó: cuidado diario / preescolar / grupo de juego (<i>play group</i>)?</p>								
<p>b. ¿Por cuánto tiempo participó?</p>								
<p>c. ¿Qué idioma se usó para la enseñanza?</p>								
<p>3. ¿Presenta su hijo algún problema que requiera ayuda o atención especial en la escuela?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>								
<p>Si responde SÍ, por favor marque todas las opciones que correspondan:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Discapacidad emocional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad visual</td> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad en el habla</td> <td><input type="checkbox"/> Trastornos en el desarrollo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad física</td> <td><input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Discapacidad en el habla	<input type="checkbox"/> Trastornos en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____
<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional							
<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Asma							
<input type="checkbox"/> Discapacidad en el habla	<input type="checkbox"/> Trastornos en el desarrollo							
<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____							
<p>Si responde SÍ, ¿qué tipo de intervención en la primera infancia recibió su hijo?</p>								
<p>4. ¿Usa el niño cualquier otra forma de comunicación, como lenguaje de señas americano o un aparato para la comunicación aumentativa (por ejemplo, tablero de comunicaciones: manual / electrónico)?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>SI RESPONDE SÍ: ¿Cuáles?</p>								

**PARTE 3. INFORMACIÓN DE LOS PADRES:** Las respuestas a estas preguntas suplementarias se usarán para que el Departamento de Educación se pueda comunicar con usted en el idioma de su preferencia.

<p>1. ¿Cuál es su idioma materno?</p> <p>Padres o tutores: _____ Padre/Tutor: _____</p> <p>Idioma materno: _____ Idioma materno: _____</p>
<p>2. ¿En qué idioma le gustaría recibir información por escrito de la escuela?</p>
<p>3. ¿En qué idioma prefiere comunicarse verbalmente con el personal de la escuela?</p>
<p>Firma de uno de los padres <span style="float: right;">Fecha</span></p>

## Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

### Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en prejardín de infantes

SÓLO EL PERSONAL DE INSCRIPCIONES O EL DE LA ESCUELA PODRÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN / TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY		
Date:	Name of Student/ID:	
Borough:	District:	Borough:
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Gender:
Relationship of person providing information for survey (check one):		
<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):		
If an interview is conducted, in what language is it conducted?		
Is a translator/interpreter used?		
OTELE Alpha Code		
Potential English Language Learner?		
Instruction will be provided in:		
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____		