

Appendix D

PARENT SURVEY AND PROGRAM SELECTION FORM

Wydział Oświaty miasta Nowy Jork uważa, iż Państwa udział w kształceniu ich dziecka ma kluczowe znaczenie. Niniejsza ankieta jest bardzo ważna, gdyż pomoże ona ustalić, czy uzyskali Państwo wszystkie informacje niezbędne, aby wybrać odpowiedni program *ELL* dla swego podopiecznego / swej podopiecznej. Wyboru tego dokonają Państwo na drugiej stronie niniejszego dokumentu. Proszę wypełnić wszystkie rubryki i zwrócić ten formularz do koordynatora rodziców (*Parent Coordinator*) w szkole Państwa dziecka.

Tak **Nie** **Proszę zaznaczyć jedno („Tak” lub „Nie”)**

 Według „Ankiety identyfikującej język domowy” (*Home Language Identification Survey, HLIS*), którą wypełnili Państwo podczas rejestracji, język, którym Państwa dziecko posługuje się w domu to _____]. Czy to prawda? Jeżeli nie, jakim językiem mówi się w domu?

 Czy otrzymali Państwo informacje na temat programu „W dwóch językach” (*Dual Language*), „Niezależnego kursu języka angielskiego jako języka obcego” (*Freestanding English as a Second Language program*) i „Przejściowego kształcenia dwujęzycznego” (*Transitional Bilingual Education*) dostępnych w szkole Państwa dziecka i/lub w innych szkołach w Państwa dystrykcie/regionie?

Jeżeli **Tak**, w jakiej formie przedstawiono te informacje?

- spotkanie orientacyjne w regionie spotkanie orientacyjne w szkole
 spotkanie w cztery oczy rozmowa telefoniczna
 inne (proszę wpisać): _____

Tak **Nie** **Proszę zaznaczyć jedno („Tak” lub „Nie”)**

- Czy obejrzeni Państwo wideo orientacyjne dla rodziców?
 Czy informacje zostały przedstawione w Państwa języku ojczystym?
 Czy materiały dostępne były w Państwa języku ojczystym?
 Czy mieli Państwo możliwość zadawania pytań na temat różnych programów dostępnych dla Państwa dziecka?
 Czy zostali Państwo poinformowani, że ich dziecko ma prawo zostać umieszczone w klasie dwujęzycznej w swojej szkole, o ile tylko istnieje dostateczna ilość uprawnionych uczniów mówiących w domu tym samym językiem na poziomie tej samej klasy?
 Czy zostali Państwo poinformowani, że jeżeli nie ma w szkole Państwa dziecka dostatecznej liczby uczniów, aby utworzyć program „Przejściowe kształcenie dwujęzyczne” (*Transitional Bilingual Education*), mają Państwo opcję przeniesienia swego podopiecznego / swej podopiecznej do szkoły położonej w dystrykcie, w którym jest taki program oferowany? Co więcej, czy wiedzieli Państwo, iż jeśli nie zdecydują się oni na przeniesienie swego dziecka, to pozostanie ono w tej samej szkole i zostanie umieszczone w „Niezależnym kursie języka angielskiego jako języka obcego” (*Freestanding English as a Second Language program*)?
 Czy poinformowano Państwa, iż Państwa dziecko umieszczone zostanie w wybranym przez Państwa programie na cały rok szkolny?
 Czy poinformowano Państwa, że jeśli ich dziecko pozostanie w tym samym programie do czasu, aż nie będzie on już ich dziecku potrzebny, pomoże to Państwa podopiecznemu / podopiecznej osiągnąć lepsze wyniki?
 Czy poinformowano Państwa, że ich dziecko zostanie umieszczone w klasie odpowiedniej dla jego wieku na okres nie przekraczający dziesięciu dni, do czasu określenia jego indywidualnych potrzeb?

Jeżeli **Nie**, jakie były przyczyny, dla których nie uzyskali Państwo tych informacji?

- Nigdy ich nie przedstawiono. Informacje były oferowane, ale nie uczestniczyłem/am w spotkaniu.
 Inne powody (proszę podać): _____

Tak **Nie** **Proszę zaznaczyć jedno („Tak” lub „Nie”)**

- Czy oferowana była sesja dla nieobecnych na pierwszym spotkaniu? Jeżeli **Tak**, to kiedy? _____

Appendix D

PARENT SURVEY AND PROGRAM SELECTION FORM

WYBÓR PROGRAMU:

Nazwisko ucznia

Imię ucznia

Data urodzenia

Język ojczysty

W której jest klasie

W jakiej jest klasie

Proszę określić swoją preferencję w wyborze programu:

(“1” dla programu najbardziej przez Państwa pożądanego, “2” dla programu na drugim miejscu, i “3” dla programu na trzecim miejscu)

Program „W dwóch językach” (*Dual Language*)

„Niezależny kurs języka angielskiego jako języka obcego” (*Freestanding English as a Second Language program*)

Program „Przejściowe kształcenie dwujęzyczne” (*Transitional Bilingual Education*)

Zdaję sobie sprawę, iż jeśli nie wybiorę programu lub nie zwrócę tego formularza do dnia podanego poniżej, moje dziecko zostanie umieszczone w programie „Przejściowe kształcenie dwujęzyczne” (*Transitional Bilingual Education*), o ile tylko istnieje dostateczna liczba uczniów, aby taki program utworzyć. W przeciwnym razie, moje dziecko zostanie umieszczone w „Niezależnym kursie języka angielskiego jako języka obcego” (*Freestanding English as a Second Language program*). Zdaję sobie również sprawę, iż niektóre programy nie są zawsze dostępne w szkole mojego dziecka. Jeżeli wybrany przeze mnie program nie jest dostępny, moje dziecko zostanie włączone do „Niezależnego kursu języka angielskiego jako języka obcego”.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Adres (wraz z numerem mieszkania)

Numer telefonu, pod którym są Państwo dostępni w ciągu dnia

Numer telefonu, pod którym są Państwo dostępni wieczorem

Podpis

Data

Proszę zwrócić ten formularz do dnia

Do