

ELL Student Plan

Student Name _____ Student ID _____ Grade _____

School Name _____ Language Spoken at Home _____

DEUSS _____ Home Language Survey Date _____

Check the appropriate box & complete ALL the appropriate information:

Initial Placement Student Plan Date: _____ ELL Entry Date: _____ Classification Date: _____ DOCUMENTS ATTACHED <u>Programmatic Assessment</u> <u>Copy of Parent Notification of Placement</u> <u>Copy of Delay of Testing Notification</u>	Annual Continuation of Services (yr. 2 and transfers) Student Plan Date: _____ Copy of Notification of Continuation of ESOL Services attached Beyond Year 3 Student Plan Date: _____ Copy of ELL Committee for Reevaluation and Extension of Services attached.	EXIT Exit Date: _____ Basis of Exit: H Z I Z L Z Monitoring: 1 st Report Card Date: _____ 1 st Semi-annual Date: _____ 2 nd Semi-annual Date: _____ End of the 2 nd Year _____ REPORT CARD MUST BE ATTACHED FOR EACH MONITORING WITH COINCIDING MARKING PERIOD.	Reclassification Reclassification Start Date: _____ Reclassification Exit Date: _____ Monitoring: 1 st Report Card Date: _____ 1 st Semi-annual Date: _____ 2 nd Semi-annual Date: _____ End of the 2 nd Year _____ REPORT CARD MUST BE ATTACHED FOR EACH MONITORING WITH COINCIDING MARKING PERIOD.
---	--	--	---

Test Name	IPT/W-APT List/Spk	IRW /W-APT Reading	IRW/W-APT Writing	CELLA/WIDA Listening/Speaking	CELLA/WIDA Reading	CELLA/WIDA Writing	FCAT/FSA	OTHER
Test Date								
Score								
Language Proficiency Level								

Statewide and Assessment Accommodations:

Flexible setting

Flexible time

Use of word-to-word bilingual dictionary

Assistance in Heritage Language (Word-to-word only translations)

Student receives services from other Program(s):
 NO YES _____ (specify)

Instructional Model:

Mainstream/Inclusion

 Additional Support _____ (specify)

FTE Summary Schedule:
 (130 Funding must be reflected for students under 6 yrs.)

 1st Semester (K-12) Schedule Attached

 2nd Semester (6-12) Schedule Attached

Schools must provide students with a word to word bilingual dictionary throughout the school year and must be made available in every class.

ELL Student Plan (Page 2)

Strategies: Check a minimum of three (3) or more to be utilized and documented in lesson plans

- | Individual Instruction | Cross Grade Tutoring | Native Language Dictionary |
|--|--|---|
| ☐ Vary Method of Instruction | ☐ Computer/Software | ☐ Bilingual aide |
| ☐ Content Adaptation | | |
| ☐ Comprehension checks (role play, illustrations, reading logs, story summaries, cloze exercise, experiments) | | |
| ☐ Study skills – timelines, highlighting, mapping/flow charts, problem solving, venn diagrams, underlining, graphing | | |
| ☐ Adapts instructional program by: concrete first, then abstract; relating to student's experiences; use of visual representations; reducing non-essential details; checking word choice and sentence order; developing background knowledge; using media materials, manipulatives; use of pre-reading activities | | |
| ☐ Thinking Skills – predicting; sequencing; observing; questioning and reporting; categorizing; classifying; summarizing (oral, written, pictorial) | | |
| ☐ Writes instructions and problems using shorter and less complex sentence structure | | |
| Explain special vocabulary terms in words known to student, provides pictures, gestures and realia to illustrate new words and terms | | |
| ☐ Utilizes instructional approaches to address language learning styles by: thematic approach; semantic webbing; illustrations; maps; student experiences; use of realia; small groups; pair work; cooperative learning; learning centers | | |

Parent Comments:

Meeting Minutes

Based on a review of the student's assessment results, classroom performance, and input from the ESOL teacher and other classroom teachers combined with parent recommendations the ELL committee recommends placement in the ESOL program for the remainder of the _____ SY. Classroom performance and assessment results will be reviewed at the end of the year to determine continued placement beyond this school year.

ELL Committee Signatures:

Principal/Designee _____

Parent _____

Guidance Counselor _____

Student _____

ESOL Teacher _____

Teacher _____

Bilingual Aide/Translator _____

Other _____

Plan del Estudiante ELL (page 2)

ESOL Estrategias: Marque un mínimo de tres (3) o más que **se utilizarán y se documentarán en su plan de clase.**

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| ☐ Enseñanza individual | ☐ Tutoría a plurinivel | Diccionario de Habla Nativa |
| Computadora/ Programas | Ayudante bilingüe | Variar método de enseñanza |
| Adaptación del contenido | | |
| Revisión de comprensión (improvisación, ilustraciones, diarios de lectura, resúmenes de historias, ejercicios de rellenar el blanco, experimentos) | | |
| ☐ Habilidades de estudio – cronologías, marcar con rotulador, planificación/organigrama, resolución de problemas, diagramas venn, subrayo, y dibujo gráfico | | |
| ☐ Modificar el programa de enseñanza por: primero, el concreto, después el abstracto; relacionado a la experiencia del alumno; usar representaciones visuales, reducir los pormenores no esenciales; revisar la selección de palabras y el orden de palabras en la oración; desarrollar conocimientos de antecedentes; usar materiales de comunicación, manipulativas; usar actividades de prelectura. | | |
| ☐ Destrezas Cognitivas - predicción, secuencia, observación, pregunta/respuesta; categorización, clasificación; resumen (oral, escrito, pictórico) | | |
| ☐ Escribir instrucciones y problemas utilizando estructuras sintácticas sencillas y cortas. | | |
| ☐ Explicar términos de vocabulario especial en palabras ya conocidas por el alumno, proporcionar imágenes, gestos y realia para ilustrar nuevas palabras y términos. | | |
| ☐ Utilizar acercamientos de enseñanza para tratar estilos de aprendizaje por: acercamiento temático; diagramas semánticos; ilustraciones; mapas; experiencias personales, uso de realia; grupos pequeños, trabajo en pareja, aprendizaje cooperativo; centros de aprendizaje. | | |

Comentarios de los padres:

Meeting Minutes

Recomendaciones: Basado en el repaso de los resultados de la evaluación del alumno, el rendimiento en el salón de clase, y la información de su profesor de ESOL y otros maestros suyos, combinados con las recomendaciones de sus padres, el comité del ELL recomienda la colocación en un programa de ESOL para el resto del año escolar _____. El rendimiento en el salón de clase y los resultados de evaluaciones serán repasados al final del año escolar para determinar si se debe continuar esta colocación más allá de este año escolar.

Firmas del Comité de estudiantes ELL:

Principal/Representante: _____

Padre: _____

Orientador Académico: _____

Estudiante: _____

Maestro(a) de Lengua/ESOL: _____

Holmes County School District
Notification of Program Placement
ESOL Department

Student Name _____ Student ID _____ Grade _____

School Name _____ Date _____

Dear Parent/Guardian:

You indicated on the Home Language Survey that another language other than English is spoken in the home or that your child speaks another language other than English. Based on this information we have evaluated your child to determine his/her proficiency in the English language and his/her eligibility for placement in the ESOL Program. We have determined the following:

Recommended placement in the ESOL Program

This recommendation was based on the evaluation completed by your child in the following areas:

☐ Oral Language proficiency Grade K-2 ☐ Oral Language, Reading and Writing Grades 3-12

K-12 ELL Committee recommendation is based on:

- Identified academic needs of the student
- Data and interventions that are in place for the student
- Grades from current or previous years
- Written recommendation and observation by current and previous instructional and support staff
- Level of Mastery of basic competencies or skills in English and/or home language according to appropriate local, state and national criterion-referenced standards

Based on the child's English Proficiency he/she has been assigned to the following program:

☐ Mainstream/Inclusion (classroom teacher provides accommodations and utilizes instructional strategies to teach the English Language)

You are encouraged to participate in developing your child's individual English Language Learner (ELL) Plan, which describes how your child will progress in English and meet academic standards. You are invited to attend and participate in an ELL Committee Meeting that has been scheduled on:

Date: _____ **Time:** _____ **Location:** _____

Please complete the section below and return to your child's school.

Check all that apply.

Student's Name: _____ **Phone Number:** _____ **Date:** _____

☐ I understand my child will receive ESOL program services and agree to the program placement.

☐ I wish to discuss my child's educational needs and ESOL program recommendation. I will attend the scheduled meeting.

☐ I would like to get more information on the family involvement activities at this school.

Parent/Guardian

Signature _____

HCSD:

Escuela Publicas de Holmes County
Notificación de Colocación en el Programa
Departamento de ESOL

Nombre del Estudiante _____ Número del Estudiante _____ Grado _____

Nombre de Escuela _____ Fecha _____

Apreciado Padre/ Guardián;

Usted contestó que "SI" se habla otro idioma, o que el estudiante habla otro idioma fuera del Ingles, en el cuestionario del Idioma que se Habla en el Hogar. Basado en esta información hemos evaluado a su hijo(a) y hemos determinado :

Se recomienda la colocación en el Programa de ESOL

Esta recomendación fue basada en los resultados obtenidos en las siguientes áreas:

Examen oral del leguaje grados K-2

Examen oral del leguaje, lectura y escritura grados 3-12

La recomendación del Comité ELL (K-12) está basada en:

- Necesidades académicas identificadas del estudiante
- Reportes e Intervenciones que se están llevando a cabo
- Calificaciones del año corriente y los anteriores
- Recomendaciones y observaciones por escrito de los maestros actuales, anteriores y del personal de apoyo
- Nivel de las destrezas básicas en la habilidad del idioma inglés y/o en el idioma del hogar, de acuerdo al criterio del las destrezas estatales y nacionales

Basado en el dominio del idioma inglés, su hijo(a) ha sido asignado para el servicio siguiente :

Servicios en la clase regular (El maestro provee acomodos y utiliza estrategias para enseñar el idioma inglés)

Le animamos a participar en el desarrollo del Plan para el Aprendizaje del Idioma Inglés (ELL) de su hijo/a, el cual describe cómo su hijo progresará en Inglés y cumplirá los niveles académicos. Se le invita a usted a asistir y participar en una Reunión del Comité ELL que ha sido programa para el:

Fecha _____ Hora: _____ Lugar: _____

Por favor complete la sección siguiente y devuelva a la escuela de su hijo/a. Marque todo lo que aplique.

Nombre del Estudiante: _____ Número de Teléfono: _____ Fecha: _____

Entiendo que mi hijo/a recibirá los servicios del programa ESOL y estoy de acuerdo con su colocación en el programa.

Deseo hablar sobre las necesidades educativas de mi hijo/a y la recomendación del programa de ESOL. Si, estaré presente en la reunión.

Quisiera obtener más información sobre las actividades familiares de este colegio.

Firma del Padre/Tutor Legal _____

Holmes County School District
PROGRAMMATIC ASSESSMENT AND GRADE PLACEMENT CHECKLIST
ESOL Department

Student Name _____ Student ID _____ Grade _____

School Name _____ Date _____

In Accordance with the META Consent decree: It is required that a programmatic assessment be conducted for any student who answered "Yes" on the Home Language Survey to ensure appropriate Academic Placement. Please document all steps taken to determine the academic level. This documentation may be completed by the school office personnel or by the ESOL contact at the time of registration.

Place a check by all items used to determine the student's academic experiences

Age appropriate

Interview student's parent or guardian to determine prior educational experiences and academic subject competencies.

Results of Interview if student **does not** have records:

What grade was the student in during previous school year: _____

What courses were taken: _____

What is the total number of years the student was in school: _____

Was the student ever retained: No Yes Which grade? _____

Review of student's cumulative folder:

Previous school record

Verified promotion or retention

Transcripts (Name corresponds with the transcript)

Verified the academic calendar of previous school

Checked academic year of report card

Standardized and/or criterion Referenced Tests:

Test Name: _____ Date: _____ Score: _____

Test Name: _____ Date: _____ Score: _____

Language assistance was provided (when clearly feasible).

Print Name of ESOL Contact

Signature of ESOL Contact

Date

Notification of Continuation of Services

Student Name _____ Student ID _____ Grade _____

School Name _____ Date _____

To the Parents/Guardians of _____

This letter is to inform you that your child will continue in the ESOL Program at their current school. Your child's test scores were used to determine his/her English proficiency. The goal of the ESOL Program is to help your child acquire English proficiency to meet appropriate academic achievement standards for grade promotion and graduation. The teacher(s) ensures that your child will receive appropriate strategies/instructional model to meet his/her academic needs. In addition your child will receive appropriate statewide accommodation. If your child has additional Interventions and/or an Individualized Education Plan (IEP), ESOL services will be included.

Your child will participate in the ESOL Program until he/she meets the established State exit criteria. An English Language Learner Student Continuation Education Plan has been developed for your child.

Please contact the school if you have any questions.

Print Name of ESOL Contact

Signature of ESOL Contact

Date

Statewide and Assessment Accommodations:

- ☐ Flexible setting
- Flexible time
- Use of word-to-word
bilingual dictionary
- ☐ Assistance in Heritage
Language (Word-to-
word only translations)

Instructional Model:

- ☐ Mainstream/Inclusion (classroom teacher provides accommodations and utilizes instructional strategies to teach the English Language)

Additional Support

Specify _____

Test Scores:

Test Name	Test Date	Test Score(S)
WIDA		
Listening/Speaking		
WIDA Reading		
WIDA Writing		
FSA		
W-APT List/Spk		
W-APT Reading		
W-APT Writing		



After reading the section above, please complete and return this section to school and check all that apply.

Student Name _____ School Name _____ Date: _____

_____ I understand my child will receive ESOL program services and agree to the program placement.

_____ I wish to discuss my child's educational needs and the ESOL program recommendation.

_____ I would like to get more information about my child's accommodations for statewide assessments.

Print Name of Parent/Guardian

Signature of Parent/Guardian

 (____) _____
Phone number

Notificación de la Continuación de Servicios

Nombre del Estudiante _____ Numero del Estudiante _____ Grado _____

Nombre de Escuela _____ Fecha _____

A los padres o encargados de _____

Esta carta es para informarle que su hijo(a) va a continuar en el programa de ESOL en su escuela actual. Los resultados de la última prueba fueron utilizados para determinar su habilidad del dominio del Ingles. La meta del programa de ESOL es ayudar a su hijo(a) a capacitarse en el idioma Ingles, para que pueda lograr el nivel académico requerido para la promoción de grado y graduación. Los maestros se aseguran que su hijo(a) recibe las estrategias apropiadas y los modelos de instrucción académicos, que le ayuden a desarrollar las destrezas académicas que necesita. También su hijo(a) recibirá acomodo apropiado para los exámenes estatales. Si su hijo(a) recibe intervenciones y/o Plan Educativo Individual, los servicios de ESOL serán incluidos. Su hijo(a) va a participar en el programa de ESOL hasta que él/ella haya logrado el puntaje requerido por el estado para salir del programa. El "English Language Learner Student Continuation Education Plan" (ELL) ha sido desarrollado para su hijo(a).

Favor de comunicarse con la escuela si tiene alguna pregunta.

Nombre de la persona contacto de ESOL
(letra de molde)

Firma de la persona contacto de ESOL

Fecha

Acomodos para Exámenes Estatales :

- ☐ Lugar flexible
- ☐ Tiempo flexible
- ☐ Uso de un diccionario que traduzca a su lengua maternal
- ☐ Asistencia en la lengua materna (traducciones de palabras únicamente)

Modelos de Instrucción:

- ☐ Servicios en el salón de clases General
- ☐ Apoyo Adicional
- Especifico _____

Puntaje de los Exámenes:

Nombre del Examen	Fecha del Examen	Puntaje
WIDA		
Listening/Speaking		
WIDA Reading		
WIDA Writing		
FSA		
W-APT		
W-APT Reading		
W-APT Writing		



Después de leer la información, favor de completarla y devolverla a la escuela, desprendiendo esta sección. Verifique que todo lo que le aplica..

Nombre del Estudiante: _____ Nombre de Escuela: _____ Fecha: _____

_____ Entiendo que mi hijo (a) recibirá los servicios del programa ESOL y estoy de acuerdo en que lo hayan colocado en el programa

_____ Deseo discutir las necesidades académicas de mi hijo (a) y las recomendaciones del programa ESOL

_____ Me gustaría obtener mas información acerca de la acomodación de mi hijo (a) en los exámenes estatales

Nombre del Padre o Guardián
(Letra de molde)

Firma del Padre o Guardián

() _____
Número de teléfono

ELL Data Entry Form

Student Name: _____

Is a language other than English used in the home?

☐ Y ☐ N

Did the student have a first language other than English?

☐ Y ☐ N

Does the student most frequently speak a language other than English?

☐ Y ☐ N

FOCUS ELL TAB

ELL Program Participant E (English Speakers of Other Languages)

Basis of Entry: ☐ Aural/Oral ☐ ELL Committee ☐ Reading/Writing ☐ Temporarily Placed in Program

Student Plan Date: _____

ELL Fund Source: Title III, Part A, LEP & Immigrant Student Fund (E)

Re-evaluation Date: _____

Extension of Instruction: ☐ Yes ☐ Not Applicable (Z)

Reclassification Date: _____

Reclassification Exit Date: _____

First Basis of Exit: ☐ H Grades K-2 Proficient WIDA

☐ Second Basis of Exit: Z - Not Applicable

☐ I Grades 3-12 Proficient WIDA & FSA Level 3

☐ Second Basis of Exit: Z - Not Applicable

☐ J Grades 10-12 Proficient WIDA & 10th grade FSA

☐ Second Basis of Exit: Z - Not Applicable

☐ L English Language Learner (ELL) Committee

☐ Second Basis of Exit: Z - Not Applicable

Classification Date: _____

ELL Exit Date: _____

Date Entered U.S. School: _____

ELL Entry Date: _____

Home Language Survey Date: _____

Post Reclassification Dates: These dates are monitoring dates after student exits program (LF)

First Monitor Date: _____

Second Monitor Date: _____

Third Monitor Date: _____

Fourth Monitor Date: _____

English Language Learner: ☐ LEP in LEP classes (LY)

☐ Two Year Follow-up (LF)

☐ Exited after two year follow-up (LZ)

☐ K-12 Tested or pending (LP)

Student Schedule Tab:

Instructional Model:

I - Mainstream/Inclusion- English/Language Arts only

C - Mainstream/Inclusion - Core/Basic Subject Areas (Science, Math, Social Studies, Reading, Computer Literacy)

ENTRY ASSESSMENT INFORMATION

<u>K-12</u>	Test Name:	<u>IPT/W-APT</u>	Test Date:	_____
	LEP Info:	<u>1- Entry</u>		
	Title:	<u>IPT 14 (Listening)/W-APT</u>	RS Score:	_____
	Title:	<u>IPT 17 (Speaking)/W-APT</u>	RS Score:	_____
<u>3-12</u>	Test Name:	<u>IRW Idea: Reading and Writing (IRW)/W-APT</u>	Test Date:	_____
	LEP Info:	<u>1- Entry</u>		
	Test Subject:	<u>10 Reading</u>	NP Score:	_____
<u>3-12</u>	Test Name:	<u>IRW Idea: Reading and Writing (IRW)/W-APT</u>	Test Date:	_____
	LEP Info:	<u>1-Entry</u>		
	Test Subject:	<u>36 Written Expression</u>	NP Score:	_____

EXIT ASSESSMENT INFORMATION

<u>K-2</u>	WIDA	Section L	Test Score Type: SS	When tested: X
		Section: S	Test Score Type: SS	When tested: X
		Section: R	Test Score Type: SS	When tested: X
		Section: W	Test Score Type: SS	When tested: X
<u>3-12</u>	FSA	Section: R	Test Score Type: SS	When tested: X
	WIDA	Section: L	Test Score Type: SS	When tested: X
		Section: S	Test Score Type: SS	When tested: X
		Section: R	Test Score Type: SS	When tested: X
		Section: W	Test Score Type: SS	When tested: X

Holmes County School District

To the parents/guardians of: _____

Date of initial notification: _____

Date of second notification: _____

An ELL Committee Meeting is scheduled on: Date _____, Time _____, Location _____,
for one or more of the following purposes:

_____ Review annual evaluation results

_____ Develop or review ELL plan

_____ Discuss exiting your child from the ESOL program

_____ Discuss a possible reentry of your child in the ESOL program

_____ Other: _____

We strongly encourage you to attend this meeting so that we can receive input from you regarding your child's educational programming. Please check the appropriate response below and return this form to the guidance office.

_____ Yes, I will attend the scheduled meeting.

_____ No, I do not plan to attend this meeting, but I authorize you to conduct the meeting in my absence and give my permission for the ELL student plan to be written and reviewed with me upon my request.

Should we not hear from you after two attempts of notification, the meeting will be held as scheduled. If you have any questions, please contact _____ at _____.

INVITACIÓN A LOS PADRES A LA REUNIÓN DEL COMITE ELL

A los padres/tutores de: _____

Fecha de primer aviso: _____

Fecha de segundo aviso: _____

Habrá una reunión del Comité ELL el: Fecha _____, Hora _____, Lugar _____,
para uno de los siguientes propósitos:

_____ Repasar los resultados de la evaluación anual

_____ Desarrollar o repasar el plan ELL

_____ Hablar de retirar a su hijo del programa ESOL

_____ Hablar de una posible reentrada de su hijo en el programa ESOL

_____ Otro: _____

Le animamos encarecidamente que asista a esta reunión para que podamos recibir su aporte con respecto al programa educativo de su hijo. Haga el favor de marcar la respuesta apropiada y devolver este formulario a la oficina de orientación de la escuela.

_____ Sí, asistiré a la reunión programada.

_____ No, no pienso asistir a la reunión pero sí, les autorizo a ustedes a conducir la reunión sin mí, y doy permiso que el plan estudiantil de ELL sea escrito y repasado conmigo al pedírselo.

Al no saber de usted después de dos intentos de aviso, la reunión se celebrará como programada. Si tiene preguntas, haga el favor de contactarse con _____ al _____.

Signature /Firma de Padre

Date/Fecha

Holmes County School District
ESOL Department
ELL Committee for Reevaluation and Extension of Services

Student Name _____ Student ID _____ Grade _____

School Name _____ Services Type _____ Extension _____ Date _____

Reevaluation accountability as required by the State Law: ELL Committee must convene on/or 30 days before the anniversary date (initial enrollment) and no later than the anniversary date. The reevaluation process must take place on the third anniversary of the entry date and annually thereafter. *Place this completed form with attachments in the student's ELL(*English Language Learner*) folder.

THE FOLLOWING DOCUMENTS ARE ATTACHED

____ Report Card (Prior to extension)
____ Oral/Aural IPT-Test Booklet
____ Parent Participation Form

____ FSA Scores
____ W-APT (Reading and Writing) -Test Booklet
____ WIDA (World Class Instructional Design Assessment)

<i>Test Name</i>	<i>W-APT List/Spk</i>	<i>W-APT Reading</i>	<i>W-APT Writing</i>	<i>WIDA List/Spk</i>	<i>WIDA Reading</i>	<i>WIDA Writing</i>	<i>FSA</i>	<i>OTHER</i>
<i>Test Date</i>								
<i>Score</i>								
<i>Language Proficiency Level</i>								

ELL Committee Recommendation(s):

_____ will remain in the mainstream/inclusion classroom. The ESOL teacher(s) will provide all the accommodations noted, and will utilize instructional strategies delineated in the ELL Plan to teach the English Language.
Student Name

Meeting Minutes

Holmes County School District
ESOL Department
ELL Committee for Reevaluation and Extension of Services, Pg. 2

Student Name _____ Student ID _____ Grade _____

Student Plan Date _____ Person Completing Form _____

School Name _____ Language Spoken at Home _____

Please don't forget to indicate on the ESOL Data Input the correct Fund Source E (6 yrs. & under): Z (over 6 yrs.)

Statewide and Assessment Accommodations:

Flexible setting

Flexible time

Use of word-to-word bilingual dictionary

Assistance in Heritage Language (Word-to-word only translations)

Student receives services from other Program(s):

NO ☐ YES ☐ _____ (specify)

Schools must provide students with a word to word bilingual dictionary throughout the school year and must be made available in every class.

Instructional Model:

Mainstream/Inclusion (classroom teacher provides accommodations and utilizes instructional strategies to teach the English Language)

Additional Support _____ (specify)

FTE Summary Schedule:

(130 Funding must be reflected for students served 6 yrs. and under)

1st Semester (K-12) Schedule Attached

2nd Semester (6-12) Schedule Attached

A minimum of **three** Committee member signatures in attendance are required in addition to the parent.

Print Name of ESOL Contact

Signature of ESOL Contact

Date

Print Name of Administrator/Designee

Signature of Administrator/Designee

Date

Print Name of Parent/Guardian

Signature of Parent/Guardian

Date

Print Name of Teacher

Signature of Teacher

Date

Print Name of Other Participant

Signature of Other Participant

Date

Holmes County School District

Initial Notification of Language Assessment

Date: _____

Dear Parent/Guardian of _____:

The State of Florida requires school districts to administer a language proficiency test to students who indicate on the Home Language Survey that a language other than English is spoken by them, or by others living in the home. This testing helps us to identify students who may have problems understanding English instruction in the regular classroom.

Your child's Home Language Survey indicates that he/she may be an English Language Learner (ELL) who is in need of participating in our intensive English Education/English as a Second Language (ESOL) Program.

Your child will be tested within four weeks of enrolling in school. You will be notified of the test results as soon as they are available.

Please contact me by telephone _____ if you have any questions concerning this letter.

Guidance Counselor

La Notificación Inicial de Evaluación de Idioma

Fecha: _____

Estimado Padre/Tutor de _____:

El Estado de Florida requiere que distritos escolares administren una prueba de idioma a los estudiantes quien indica sobre la Encuesta de idioma del hogar que un idioma a excepción del inglés es hablado por ellos, o por otros que viven en el hogar. Esta prueba nos ayuda para identificar los estudiantes quien puede tener problemas que comprenden instrucción Inglesa en su aula regular.

El idioma del hogar de su niño en la Encuesta indica que él/ella puede ser un niño Limitado Inglés (ELL) un estudiante quien está en la necesidad de participar en nuestro programa de Educación Inglesa intensa como un Segundo Idioma (ESOL).

Les daremos una prueba dentro de cuatro semanas de matricularse en la escuela. Usted será notificada de los resultados de la prueba tan pronto como ellos sean disponibles.

Haga el favor de ponerse en contacto conmigo al teléfono _____ si tiene preguntas acerca de esta carta.

Consejera

Holmes County School District

Notification of Language Arts Teacher Who is Out-of-Field in the Area of ESOL

Date: _____

Dear Parent/Guardian of _____:

We welcome you and your family to our school community. Your child is participating in an important program for English language learners. This program will help your child build language skills to do well in school.

At this time, your child's language arts teacher, _____, is considered out-of-field in the area of ESOL (English for Speakers of Other Languages). This means the teacher is appropriately certified as the teacher for the English course, but has not finished the additional required training/certification in ESOL. The ESOL teacher training is a requirement stipulated by Florida Administrative Code and by Florida Statutes. To obtain the ESOL Endorsement, teachers need to complete five (5) college courses or 300-hours of in-service training in addition to their university degree. Your child's teacher is working toward the completion of the courses or training.

Please feel free to contact me if you need any further information.

Sincerely,

Principal

Date: _____

Estimado Padre/Tutor de _____:

Les ofrecemos la bienvenida a usted y su familia a nuestra comunidad escolar. Su hijo está participando en un programa importante para los alumnos de inglés como idioma extranjero. Este programa le ayudará a su hijo desarrollar habilidades lingüísticas para tener éxito en sus clases.

En este momento, al profesor de idioma de su hijo, _____, se le considera fuera - de - campo en el área de ESOL (Inglés para Hablantes de Otros Idiomas). Esto quiere decir que el profesor está certificado apropiadamente como profesor de inglés, pero que no ha terminado su capacitación/certificación requisita adicional en ESOL. La capacitación de profesores para ESOL es un requisito estipulado por el Código Administrativo de Florida y por las leyes del estado de Florida. Para obtener la aprobación de ESOL, los profesores deben completar cinco (5) clases universitarias o 300 horas de capacitación junto con su título universitario. El profesor de su hijo está trabajando para terminar las clases o la capacitación.

No duden en ponerse en contacto conmigo si necesitan más información.

Atentamente,

El Director

Holmes County School District

Notification of Reading Teacher Who is Out-of-Field in the Area of ESOL

Date: _____

Dear Parent/Guardian of _____:

We welcome you and your family to our school community. Your child is participating in an important program for English language learners. This program will help your child build language skills to do well in school.

At this time, your child’s reading teacher, _____, is considered out-of-field in the area of ESOL (English for Speakers of Other Languages). This means the teacher is appropriately certified as the teacher for the reading course, but has not finished the additional required training/certification in ESOL. The ESOL teacher training is a requirement stipulated by Florida Administrative Code and by Florida Statutes. To obtain the ESOL Endorsement, teachers need to complete five (5) college courses or 300-hours of in-service training in addition to their university degree. Your child’s teacher is working toward the completion of the courses or training.

Please feel free to contact me if you need any further information.

Sincerely,

Principal

Date: _____

Estimado Padre/Guardián de _____:

Les ofrecemos la bienvenida a usted y su familia a nuestra comunidad escolar. Su hijo/a está participando en un programa importante para los alumnos de inglés como idioma extranjero. Este programa le ayudará a su hijo/a desarrollar habilidades lingüísticas para tener éxito en sus clases.

En este momento, el maestro de lectura de su niño, _____, es considerado fuera de campo en el área de ESOL (el Inglés para Habladores de Otros Idiomas). Esto significa que el maestro se certifica adecuadamente como el maestro para el curso de lectura, pero no ha terminado el entrenamiento requerido adicional/certificación en ESOL. El entrenamiento de ESOL del maestro es un requerimiento estipulado por el Código Administrativo de Florida y Estatutos de la Florida. Para obtener el endoso de ESOL, los profesores necesitan completar cinco (5) cursos de la universidad o 300 horas de en servicio que entrene además de su título universitario. El maestro de su niño está trabajando para lograr la terminación de los cursos o el entrenamiento.

Por favor sentir libre para me llamar si usted necesidad cualquier información adicional.

Sinceramente,

El Principal

Holmes County School District

NOTIFICATION OF ASSESSMENT DELAY

Date: _____

Dear Parent/Guardian of _____:

The State of Florida requires school districts to administer a language proficiency test to students who indicate on the Home Language Survey that a language other than English is spoken by them, or by others living in the home. This testing helps us to identify students who may have problems understanding English instruction in the regular classroom.

However, your child has not been tested within four weeks of enrolling in school. Until the assessment has been completed, services required for limited English students will be provided to your child. You will be notified of the test results as soon as they are available.

Please contact me by telephone (____) _____ if you have any questions concerning this letter.

Sincerely,

Guidance Counselor

Fecha: _____

Estimados padres/tutores of _____:

El Estado de Florida requiere que los distritos escolares administren una prueba de competencia lingüística a los alumnos que indiquen en la Encuesta de Idioma Usado en Casa que ellos u otros que viven en su casa hablan un idioma que no sea inglés. Esta prueba nos ayuda en identificar a los alumnos que puedan tener dificultad en entender la instrucción en inglés en su salón de clase regular.

Sin embargo, su hijo no ha sido evaluado dentro de cuatro semanas de inscribirse en la escuela. Hasta que la evaluación haya sido terminada, se le proporcionará a su hijo los servicios requeridos para los alumnos de competencia limitada en inglés. Se le avisará a usted de los resultados de la evaluación cuando esté disponible.

Haga el favor de contactarse conmigo por teléfono (____) _____ si tiene preguntas acerca de esta carta.

Atentamente,

Consejero Estudiantil

Holmes County School District

Notification of Parental Involvement Activities

Date: _____

Dear Parent/Guardian of _____:

The Holmes County School District encourages parents to become active partners in the education of their children. Parent involvement most often leads to increased student achievement and success.

You will be invited throughout the year to participate in a variety of activities related to your child's education. If at any time you have questions about a particular activity or about your child's progress in school, please contact his or her teacher.

In addition to participating in the above activities, you are encouraged to become involved in the following advisory council:

- DISTRICT PARENT LEADERSHIP COUNCIL (ESOL) – Represents all limited English proficient parents and students in the district. Council members advise on the responsibilities, scope, and objectives of the district ESOL program.

If you are interested in joining the above council, please contact Teresa Mitchell, 850-547-6674.

Noticia de Compromiso para Actividades Pare Padres

Fecha: _____

Estimados Padres de _____:

El sistema escolar del condado de Holmes trata de animar a los padres para que participen en la educación de sus niños. La participación de los padres ayuda a los estudiantes aumentar sus logros y tener éxito.

Usted será invitado durante el año a participar en una variedad de actividades acerca la educación de su niño. Si alguna vez tiene una pregunta sobre cierta actividad o sobre el adelantamiento escolar de su niño, tenga la bondad de llamar a la maestra de su niño.

Adicionalmente, le rogamos que también participen en los siguientes concilios consultorios:

- CONCILIO DE JEFATURA DE PADRES DEL DISTRITO (ESOL) – Representa todos los padres y estudiantes con limitado inglés en el distrito. Miembros aconsejar sobre las responsabilidades, alcance y propósitos del distrito ESOL de programa.

Si se interesa en asociarse a cualquiera de los susodichos concilios, por favor contacto Teresa Mitchell, 547-6674.

Atentamente,

Teresa Mitchell

Holmes County School District

Post-Reclassification Monitoring of LF Students

Student _____

Exit Date: _____

First Report Card After Exiting

Date Reviewed: _____

☐ Making appropriate progress, continue in regular program

☐ Consistent underachievement, refer to ELL Committee

Comments:

Reviewer Signature: _____

First Semi-annual review

Date Reviewed: _____

☐ Making appropriate progress, continue in regular program

☐ Consistent underachievement, refer to ELL Committee

Comments:

Reviewer Signature: _____

Second Semi-annual Review

Date Reviewed: _____

☐ Making appropriate progress, continue in regular program

☐ Consistent underachievement, refer to ELL Committee

Comments:

Reviewer Signature: _____

End of 2nd Year Review

Date Reviewed: _____

☐ Making appropriate progress, continue in regular program

☐ Consistent underachievement, refer to ELL Committee

Comments:

Reviewer signature: _____