



## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

### Efectivo el 1 de Julio de 2023 - TABLA A

Los padres que han sido aprobados para los beneficios de cuidado infantil deben ayudar a pagar el costo de su cuidado infantil.

Usted DEBE hacer un pago, llamado el Copago de los Padres, a su proveedor de cuidado infantil cada mes. El monto del copago de sus padres se muestra en el Aviso de aprobación.

El Estado deducirá el copago de los padres de los cargos totales pagados a su proveedor hasta la tarifa máxima de cuidado infantil. **Si el copago es mayor que los cargos totales, el padre paga la cantidad menor al proveedor y el estado no realiza ningún pago.** El Departamento no pagará ningún cargo de cuidado infantil por encima de la tarifa máxima.

Su proveedor le dirá cuándo pagar el copago de los padres, cada semana o una vez al mes.

Si tiene más de un proveedor, solo se asignará un proveedor para cobrar el copago de los padres. El monto del copago de los padres se mostrará en el Aviso de aprobación para que el proveedor asignado cobre el copago de los padres. El Aviso de Aprobación mostrará si el proveedor no está asignado para cobrar el copago de los padres.

El monto del copago de sus padres se basa en el ingreso mensual bruto y el tamaño de la familia.

Los montos de copago de los padres se enumeran a continuación. Si todos los niños bajo cuidado están en edad escolar y aprobados para cuidado parcial de día para cualquier mes de septiembre a mayo, el monto del copago de los padres se reducirá a la mitad para ese mes (Consulte el "Indicador de copago B" a continuación).

### Ingreso mensual máximo y copago mensual por tamaño de familia y nivel de ingresos en el momento de la nueva solicitud.

Tamaño de Familia 2		Tamaño de Familia 3		Tamaño de Familia 4	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$0 - 1,643	\$1.00	\$0 - 2,072	\$1.00	\$0 - 2,500	\$1.00
1,644 - 1,808	17.00	2,073 - 2,279	22.00	2,501 - 2,750	26.00
1,809 - 1,972	38.00	2,280 - 2,486	48.00	2,751 - 3,000	58.00
1,973 - 2,136	62.00	2,487 - 2,693	78.00	3,001 - 3,250	94.00
2,137 - 2,301	89.00	2,694 - 2,900	112.00	3,251 - 3,500	135.00
2,302 - 2,465	119.00	2,901 - 3,108	150.00	3,501 - 3,750	181.00
2,466 - 2,629	153.00	3,109 - 3,315	193.00	3,751 - 4,000	233.00
2,630 - 2,794	190.00	3,316 - 3,522	239.00	4,001 - 4,250	289.00
2,795 - 2,958	201.00	3,523 - 3,729	254.00	4,251 - 4,500	306.00
2,959 - 3,122	213.00	3,730 - 3,936	268.00	4,501 - 4,750	324.00
3,123 - 3,287	224.00	3,937 - 4,143	283.00	4,751 - 5,000	341.00
3,288 - 3,451	236.00	4,144 - 4,351	297.00	5,001 - 5,250	359.00
3,452 - 3,615	247.00	4,352 - 4,558	312.00	5,251 - 5,500	376.00
3,616 - 3,698	256.00	4,559 - 4,661	323.00	5,501 - 5,625	389.00

Los ingresos pueden extenderse a los siguientes rangos en el momento de la redeterminación y calificar para un nuevo período de elegibilidad de 12 meses.

Tamaño de Familia 2		Tamaño de Familia 3		Tamaño de Familia 4	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$3,699 - 3,780	\$262.00	\$4,662 - 4,765	\$330.00	\$5,626 - 5,750	\$398.00
3,781 - 3,944	270.00	4,766 - 4,972	341.00	5,751 - 6,000	411.00
3,945 - 4,108	282.00	4,973 - 5,179	355.00	6,001 - 6,250	429.00
4,109 - 4,273	293.00	5,180 - 5,386	370.00	6,251 - 6,500	446.00
4,274 - 4,437	305.00	5,387 - 5,594	384.00	6,501 - 6,750	464.00
4,438 - 4,519	314.00	5,595 - 5,697	395.00	6,751 - 6,875	477.00

El ingreso familiar en los siguientes rangos en el momento de la redeterminación resultará en una extensión de elegibilidad de 3 meses, conocida como Eliminación gradual graduada para obtener más información, consulte CCAP Policy 02.03.01 <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=10568>

Tamaño de Familia 2		Tamaño de Familia 3		Tamaño de Familia 4	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$4,520 - 5,113	\$314.00	\$5,698 - 6,316	\$395.00	\$6,876 - 7,519	\$477.00



## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

Efectivo el 1 de Julio de 2023 - TABLA A

Ingreso mensual máximo y copago mensual por tamaño de familia y nivel de ingresos en el momento de la nueva solicitud.

Tamaño de Familia 5		Tamaño de Familia 6		Tamaño de Familia 7	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$0 - 2,928	\$1.00	\$0 - 3,357	\$1.00	\$0 - 3,785	\$1.00
2,929 - 3,221	31.00	3,358 - 3,692	35.00	3,786 - 4,164	40.00
3,222 - 3,514	67.00	3,693 - 4,028	77.00	4,165 - 4,542	87.00
3,515 - 3,807	110.00	4,029 - 4,364	126.00	4,543 - 4,921	142.00
3,808 - 4,100	158.00	4,365 - 4,699	181.00	4,922 - 5,299	204.00
4,101 - 4,393	212.00	4,700 - 5,035	243.00	5,300 - 5,678	274.00
4,394 - 4,685	272.00	5,036 - 5,371	312.00	5,679 - 6,056	352.00
4,686 - 4,978	338.00	5,372 - 5,706	388.00	6,057 - 6,435	437.00
4,979 - 5,271	359.00	5,707 - 6,042	411.00	6,436 - 6,813	464.00
5,272 - 5,564	379.00	6,043 - 6,378	435.00	6,814 - 7,192	490.00
5,565 - 5,857	400.00	6,379 - 6,713	458.00	7,193 - 7,570	517.00
5,858 - 6,150	420.00	6,714 - 7,049	482.00	7,571 - 7,949	543.00
6,151 - 6,442	441.00	7,050 - 7,385	505.00	7,950 - 8,327	570.00
6,443 - 6,589	456.00	7,386 - 7,553	523.00	8,328 - 8,516	590.00

Los ingresos pueden extenderse a los siguientes rangos en el momento de la redeterminación y calificar para un nuevo período de elegibilidad de 12 meses.

Tamaño de Familia 5		Tamaño de Familia 6		Tamaño de Familia 7	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$6,590 - 6,735	\$466.00	\$7,554 - 7,720	\$535.00	\$8,517 - 8,706	\$603.00
6,736 - 7,028	482.00	7,721 - 8,056	552.00	8,707 - 9,084	623.00
7,029 - 7,321	502.00	8,057 - 8,392	576.00	9,085 - 9,463	649.00
7,322 - 7,614	523.00	8,393 - 8,727	599.00	9,464 - 9,841	676.00
7,615 - 7,907	543.00	8,728 - 9,063	623.00	9,842 - 10,151	702.00
7,908 - 8,053	559.00	9,064 - 9,231	640.00		

**El ingreso familiar en los siguientes rangos en el momento de la redeterminación resultará en una extensión de elegibilidad de 3 meses, conocida como Eliminación gradual graduada para obtener más información, consulte CCAP Policy 02.03.01 <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=10568>**

Tamaño de Familia 5		Tamaño de Familia 6		Tamaño de Familia 7	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$8,054 - 8,722	\$559.00	\$9,232 - 9,925	\$640.00	Ver ingreso máximo arriba	



## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

Efectivo el 1 de Julio de 2023 - TABLA A

Ingreso mensual máximo y copago mensual por tamaño de familia y nivel de ingresos en el momento de la nueva solicitud.

Tamaño de Familia 8		Tamaño de Familia 9		Tamaño de Familia 10	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$0 - 4,213	\$1.00	\$0 - 4,642	\$1.00	\$0 - 5,070	\$1.00
4,214 - 4,635	44.00	4,643 - 5,106	49.00	5,071 - 5,577	53.00
4,636 - 5,056	97.00	5,107 - 5,570	107.00	5,578 - 6,084	117.00
5,057 - 5,477	158.00	5,571 - 6,034	174.00	6,085 - 6,591	190.00
5,478 - 5,899	228.00	6,035 - 6,498	251.00	6,592 - 7,098	274.00
5,900 - 6,320	306.00	6,499 - 6,963	337.00	7,099 - 7,605	368.00
6,321 - 6,741	392.00	6,964 - 7,427	432.00	7,606 - 8,112	472.00
6,742 - 7,163	487.00	7,428 - 7,891	536.00	8,113 - 8,619	586.00
7,164 - 7,584	516.00	7,892 - 8,355	569.00	8,620 - 9,126	621.00
7,585 - 8,005	546.00	8,356 - 8,819	601.00	9,127 - 9,633	657.00
8,006 - 8,427	575.00	8,820 - 9,283	634.00	9,634 - 10,140	692.00
8,428 - 8,848	605.00	9,284 - 9,748	666.00	10,141 - 10,647	728.00
8,849 - 9,269	634.00	9,749 - 10,212	699.00	10,648 - 10,827	763.00
9,270 - 9,480	656.00	10,213 - 10,444	723.00		

Los ingresos pueden extenderse a los siguientes rangos en el momento de la redeterminación y calificar para un nuevo período de elegibilidad de 12 meses.

Tamaño de Familia 8		Tamaño de Familia 9		Tamaño de Familia 10	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$9,481 - 9,691	\$671.00	\$10,445 - 10,602	\$739.00	Ver ingreso máximo arriba	
9,692 - 10,112	693.00				
10,113 - 10,376	723.00				

El ingreso familiar en los siguientes rangos en el momento de la redeterminación resultará en una extensión de elegibilidad de 3 meses, conocida como Eliminación gradual graduada para obtener más información, consulte CCAP Policy 02.03.01 <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=10568>

Tamaño de Familia 8		Tamaño de Familia 9		Tamaño de Familia 10	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
Ver ingreso máximo arriba		Ver ingreso máximo arriba		Ver ingreso máximo arriba	



## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

### Efectivo el 1 de Julio de 2023 - TABLA B

**Indicador de copago B** : para cualquier mes de septiembre a mayo en el que todos los niños estén en edad escolar y aprobados para el cuidado de día parcial / edad escolar.

Ingreso mensual máximo y copago mensual por tamaño de familia y nivel de ingresos en el momento de la nueva solicitud.

Tamaño de Familia 2		Tamaño de Familia 3		Tamaño de Familia 4	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$0 - 1,643	\$0.50	\$0 - 2,072	\$0.50	\$0 - 2,500	\$0.50
1,644 - 1,808	8.50	2,073 - 2,279	11.00	2,501 - 2,750	13.00
1,809 - 1,972	19.00	2,280 - 2,486	24.00	2,751 - 3,000	29.00
1,973 - 2,136	31.00	2,487 - 2,693	39.00	3,001 - 3,250	47.00
2,137 - 2,301	44.50	2,694 - 2,900	56.00	3,251 - 3,500	67.50
2,302 - 2,465	59.50	2,901 - 3,108	75.00	3,501 - 3,750	90.50
2,466 - 2,629	76.50	3,109 - 3,315	96.50	3,751 - 4,000	116.50
2,630 - 2,794	95.00	3,316 - 3,522	119.50	4,001 - 4,250	144.50
2,795 - 2,958	100.50	3,523 - 3,729	127.00	4,251 - 4,500	153.00
2,959 - 3,122	106.50	3,730 - 3,936	134.00	4,501 - 4,750	162.00
3,123 - 3,287	112.00	3,937 - 4,143	141.50	4,751 - 5,000	170.50
3,288 - 3,451	118.00	4,144 - 4,351	148.50	5,001 - 5,250	179.50
3,452 - 3,615	123.50	4,352 - 4,558	156.00	5,251 - 5,500	188.00
3,616 - 3,698	128.00	4,559 - 4,661	161.50	5,501 - 5,625	194.50

Los ingresos pueden extenderse a los siguientes rangos en el momento de la redeterminación y calificar para un nuevo período de elegibilidad de 12 meses.

Tamaño de Familia 2		Tamaño de Familia 3		Tamaño de Familia 4	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$3,699 - 3,780	\$131.00	\$4,662 - 4,765	\$165.00	\$5,626 - 5,750	\$199.00
3,781 - 3,944	135.00	4,766 - 4,972	170.50	5,751 - 6,000	205.50
3,945 - 4,108	141.00	4,973 - 5,179	177.50	6,001 - 6,250	214.50
4,109 - 4,273	146.50	5,180 - 5,386	185.00	6,251 - 6,500	223.00
4,274 - 4,437	152.50	5,387 - 5,594	192.00	6,501 - 6,750	232.00
4,438 - 4,519	157.00	5,595 - 5,697	197.50	6,751 - 6,875	238.50

**El ingreso familiar en los siguientes rangos en el momento de la redeterminación resultará en una extensión de elegibilidad de 3 meses, conocida como Eliminación gradual graduada para obtener más información, consulte CCAP Policy 02.03.01 <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=10568>**

Tamaño de Familia 2		Tamaño de Familia 3		Tamaño de Familia 4	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$4,520 - 5,113	\$157.00	\$5,698 - 6,316	\$197.50	\$6,876 - 7,519	\$238.50



## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

### Efectivo el 1 de Julio de 2023 - TABLA B

Ingreso mensual máximo y copago mensual por tamaño de familia y nivel de ingresos en el momento de la nueva solicitud.

Tamaño de Familia 5		Tamaño de Familia 6		Tamaño de Familia 7	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$0 - 2,928	\$0.50	\$0 - 3,357	\$0.50	\$0 - 3,785	\$0.50
2,929 - 3,221	15.50	3,358 - 3,692	17.50	3,786 - 4,164	20.00
3,222 - 3,514	33.50	3,693 - 4,028	38.50	4,165 - 4,542	43.50
3,515 - 3,807	55.00	4,029 - 4,364	63.00	4,543 - 4,921	71.00
3,808 - 4,100	79.00	4,365 - 4,699	90.50	4,922 - 5,299	102.00
4,101 - 4,393	106.00	4,700 - 5,035	121.50	5,300 - 5,678	137.00
4,394 - 4,685	136.00	5,036 - 5,371	156.00	5,679 - 6,056	176.00
4,686 - 4,978	169.00	5,372 - 5,706	194.00	6,057 - 6,435	218.50
4,979 - 5,271	179.50	5,707 - 6,042	205.50	6,436 - 6,813	232.00
5,272 - 5,564	189.50	6,043 - 6,378	217.50	6,814 - 7,192	245.00
5,565 - 5,857	200.00	6,379 - 6,713	229.00	7,193 - 7,570	258.50
5,858 - 6,150	210.00	6,714 - 7,049	241.00	7,571 - 7,949	271.50
6,151 - 6,442	220.50	7,050 - 7,385	252.50	7,950 - 8,327	285.00
6,443 - 6,589	228.00	7,386 - 7,553	261.50	8,328 - 8,516	295.00

Los ingresos pueden extenderse a los siguientes rangos en el momento de la redeterminación y calificar para un nuevo período de elegibilidad de 12 meses.

Tamaño de Familia 5		Tamaño de Familia 6		Tamaño de Familia 7	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$6,590 - 6,735	\$233.00	\$7,554 - 7,720	\$267.50	\$8,517 - 8,706	\$301.50
6,736 - 7,028	241.00	7,721 - 8,056	276.00	8,707 - 9,084	311.50
7,029 - 7,321	251.00	8,057 - 8,392	288.00	9,085 - 9,463	324.50
7,322 - 7,614	261.50	8,393 - 8,727	299.50	9,464 - 9,841	338.00
7,615 - 7,907	271.50	8,728 - 9,063	311.50	9,842 - 10,151	351.00
7,908 - 8,053	279.50	9,064 - 9,231	320.00		

El ingreso familiar en los siguientes rangos en el momento de la redeterminación resultará en una extensión de elegibilidad de 3 meses, conocida como eliminación gradual graduada para obtener más información, consulte la Política de CCAP 02.03.01 <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=10568>

Tamaño de Familia 5		Tamaño de Familia 6		Tamaño de Familia 7	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$8,054 - 8,722	\$279.50	\$9,232 - 9,925	\$320.00	Ver ingreso máximo arriba	



## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

### Efectivo el 1 de Julio de 2022 - TABLA B

Ingreso mensual máximo y copago mensual por tamaño de familia y nivel de ingresos en el momento de la nueva solicitud.

Tamaño de Familia 8		Tamaño de Familia 9		Tamaño de Familia 10	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$0 - 4,213	\$0.50	\$0 - 4,642	\$0.50	\$0 - 5,070	\$0.50
4,214 - 4,635	22.00	4,643 - 5,106	24.50	5,071 - 5,577	26.50
4,636 - 5,056	48.50	5,107 - 5,570	53.50	5,578 - 6,084	58.50
5,057 - 5,477	79.00	5,571 - 6,034	87.00	6,085 - 6,591	95.00
5,478 - 5,899	114.00	6,035 - 6,498	125.50	6,592 - 7,098	137.00
5,900 - 6,320	153.00	6,499 - 6,963	168.50	7,099 - 7,605	184.00
6,321 - 6,741	196.00	6,964 - 7,427	216.00	7,606 - 8,112	236.00
6,742 - 7,163	243.50	7,428 - 7,891	268.00	8,113 - 8,619	293.00
7,164 - 7,584	258.00	7,892 - 8,355	284.50	8,620 - 9,126	310.50
7,585 - 8,005	273.00	8,356 - 8,819	300.50	9,127 - 9,633	328.50
8,006 - 8,427	287.50	8,820 - 9,283	317.00	9,634 - 10,140	346.00
8,428 - 8,848	302.50	9,284 - 9,748	333.00	10,141 - 10,647	364.00
8,849 - 9,269	317.00	9,749 - 10,212	349.50	10,648 - 10,827	381.50
9,270 - 9,480	328.00	10,213 - 10,444	361.50		

Los ingresos pueden extenderse a los siguientes rangos en el momento de la redeterminación y calificar para un nuevo período de elegibilidad de 12 meses.

Tamaño de Familia 8		Tamaño de Familia 9		Tamaño de Familia 10	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
\$9,481 - 9,691	\$335.50	\$10,445 - 10,602	\$369.50	Ver ingreso máximo arriba	
9,692 - 10,112	346.50				
10,113 - 10,376	361.50				

El ingreso familiar en los siguientes rangos en el momento de la redeterminación resultará en una extensión de elegibilidad de 3 meses, conocida como eliminación gradual graduada para obtener más información, consulte la Política de CCAP 02.03.01 <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=10568>

Tamaño de Familia 8		Tamaño de Familia 9		Tamaño de Familia 10	
Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual	Ingreso Mensual	Cuota Mensual
Ver ingreso máximo arriba		Ver ingreso máximo arriba		Ver ingreso máximo arriba	