



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

Efectivo el 1 de Julio de 2024

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).



Efectivo el 1 de Julio de 2024 - 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 2 | | Tamaño de Familia 3 | | Tamaño de Familia 4 | |
|---------------------|---------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual | Ingreso Mensual | Cuota Mensual | Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 1703 | 1.00 | 0 - 2152 | 1.00 | 0 - 2600 | 1.00 |
| 1704 - 1874 | 18.00 | 2153 - 2367 | 23.00 | 2601 - 2860 | 27.00 |
| 1875 - 2044 | 39.00 | 2368 - 2582 | 50.00 | 2861 - 3120 | 60.00 |
| 2045 - 2214 | 64.00 | 2583 - 2797 | 81.00 | 3121 - 3380 | 98.00 |
| 2215 - 2385 | 92.00 | 2798 - 3012 | 116.00 | 3381 - 3640 | 140.00 |
| 2386 - 2555 | 124.00 | 3013 - 3228 | 156.00 | 3641 - 3900 | 189.00 |
| 2556 - 2725 | 158.00 | 3229 - 3443 | 200.00 | 3901 - 4160 | 242.00 |
| 2726 - 2896 | 197.00 | 3444 - 3658 | 249.00 | 4161 - 4420 | 300.00 |
| 2897 - 3066 | 209.00 | 3659 - 3873 | 264.00 | 4421 - 4680 | 319.00 |
| 3067 - 3236 | 221.00 | 3874 - 4088 | 279.00 | 4681 - 4940 | 337.00 |
| 3237 - 3407 | 233.00 | 4089 - 4303 | 294.00 | 4941 - 5200 | 255.00 |
| 3408 - 3577 | 245.00 | 4304 - 4519 | 309.00 | 5201 - 5460 | 373.00 |
| 3578 - 3747 | 256.00 | 4520 - 4734 | 324.00 | 5461 - 5720 | 391.00 |
| 3748 - 3833 | 265.00 | 4735 - 4841 | 335.00 | 5721 - 5850 | 405.00 |

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 |
| 3834 - 3918 | 271.00 | 4842 - 4949 | 343.00 | 5851 - 5980 | 414.00 |
| 3919 - 4088 | 280.00 | 4950 - 5164 | 354.00 | 5981 - 6240 | 428.00 |
| 4089 - 4258 | 292.00 | 5165 - 5379 | 369.00 | 6241 - 6500 | 446.00 |
| 4259 - 4429 | 304.00 | 5380 - 5594 | 384.00 | 6501 - 6760 | 464.00 |
| 4430 - 4599 | 316.00 | 5595 - 5810 | 399.00 | 6761 - 7020 | 482.00 |
| 4600 - 4684 | 325.00 | 5811 - 5917 | 410.00 | 7021 - 7150 | 496.00 |

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 | 325.00 | 5918 - 6704 | 410.00 | 7151 - 7981 | 496.00 |



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

Efectivo el 1 de Julio de 2024 - 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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 3048 | 1.00 |
| 3049 - 3353 | 32.00 |
| 3354 - 3658 | 70.00 |
| 3659 - 3963 | 114.00 |
| 3964 - 4268 | 165.00 |
| 4269 - 4573 | 221.00 |
| 4574 - 4877 | 284.00 |
| 4878 - 5182 | 352.00 |
| 5183 - 5487 | 373.00 |
| 5488 - 5792 | 395.00 |
| 5793 - 6097 | 416.00 |
| 6098 - 6402 | 438.00 |
| 6403 - 6706 | 459.00 |
| 6707 - 6859 | 475.00 |

| Tamaño de Familia 6 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 3497 | 1.00 |
| 3498 - 3846 | 37.00 |
| 3847 - 4196 | 80.00 |
| 4197 - 4546 | 131.00 |
| 4547 - 4895 | 189.00 |
| 4896 - 5245 | 254.00 |
| 5246 - 5595 | 325.00 |
| 5596 - 5944 | 404.00 |
| 5945 - 6294 | 428.00 |
| 6295 - 6644 | 453.00 |
| 6645 - 6993 | 477.00 |
| 6994 - 7343 | 502.00 |
| 7344 - 7693 | 526.00 |
| 7694 - 7868 | 545.00 |

| Tamaño de Familia 7 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 3945 | 1.00 |
| 3946 - 4340 | 41.00 |
| 4341 - 4734 | 91.00 |
| 4735 - 5129 | 148.00 |
| 5130 - 5523 | 213.00 |
| 5524 - 5918 | 286.00 |
| 5919 - 6312 | 367.00 |
| 6313 - 6707 | 456.00 |
| 6708 - 7101 | 483.00 |
| 7102 - 7496 | 511.00 |
| 7497 - 7890 | 539.00 |
| 7891 - 8285 | 566.00 |
| 8286 - 8679 | 594.00 |
| 8680 - 8876 | 614.00 |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 6860 - 7011 | 486.00 |
| 7012 - 7316 | 501.00 |
| 7317 - 7621 | 523.00 |
| 7622 - 7926 | 544.00 |
| 7927 - 8231 | 566.00 |
| 8232 - 8383 | 582.00 |

| Tamaño de Familia 6 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 7869 - 8042 | 557.00 |
| 8043 - 8392 | 575.00 |
| 8393 - 8742 | 600.00 |
| 8743 - 9091 | 624.00 |
| 9092 - 9441 | 649.00 |
| 9442 - 9616 | 667.00 |

| Tamaño de Familia 7 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 8877 - 9074 | 628.00 |
| 9075 - 9468 | 649.00 |
| 9469 - 9863 | 677.00 |
| 9864 - 10257 | 704.00 |
| 10258 - 10652 | 732.00 |
| 10653 - 10775 | 753.00 |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 8384 - 9258 | 582.00 |

| Tamaño de Familia 6 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 9617 - 10535 | 667.00 |

| Tamaño de Familia 7 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

Efectivo el 1 de Julio de 2024 - TABLA A

| Tamaño de Familia 8 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 4393 | 1.00 |
| 4394 - 4833 | 46.00 |
| 4834 - 5272 | 101.00 |
| 5273 - 5711 | 165.00 |
| 5712 - 6151 | 237.00 |
| 6152 - 6590 | 319.00 |
| 6591 - 7029 | 409.00 |
| 7030 - 7469 | 508.00 |
| 7470 - 7908 | 538.00 |
| 7909 - 8347 | 569.00 |
| 8348 - 8787 | 600.00 |
| 8788 - 9226 | 630.00 |
| 9227 - 9665 | 661.00 |
| 9666 - 9885 | 684.00 |

| Tamaño de Familia 9 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 4842 | 1.00 |
| 4843 - 5326 | 51.00 |
| 5327 - 5810 | 111.00 |
| 5811 - 6294 | 182.00 |
| 6295 - 6778 | 261.00 |
| 6779 - 7263 | 351.00 |
| 7264 - 7747 | 450.00 |
| 7748 - 8231 | 559.00 |
| 8232 - 8715 | 593.00 |
| 8716 - 9199 | 627.00 |
| 9200 - 9683 | 661.00 |
| 9684 - 10168 | 695.00 |
| 10169 - 10652 | 729.00 |
| 10653 - 10894 | 754.00 |

| Tamaño de Familia 10 | |
|----------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 5290 | 1.00 |
| 5291 - 5819 | 56.00 |
| 5820 - 6348 | 122.00 |
| 6349 - 6877 | 198.00 |
| 6878 - 7406 | 286.00 |
| 7407 - 7935 | 384.00 |
| 7936 - 8464 | 492.00 |
| 8465 - 8993 | 611.00 |
| 8994 - 9522 | 648.00 |
| 9523 - 10051 | 685.00 |
| 10052 - 10580 | 722.00 |
| 10581 - 11109 | 759.00 |
| 11110 - 11493 | 796.00 |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 9886 - 10105 | 700.00 |
| 10106 - 10544 | 732.00 |
| 10545 - 10983 | 753.00 |
| 10984 - 11014 | 784.00 |

| Tamaño de Familia 9 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 10895 - 11136 | 771.00 |
| 11137 - 11254 | 797.00 |

| Tamaño de Familia 10 | |
|----------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |

| Tamaño de Familia 9 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |

| Tamaño de Familia 10 | |
|----------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

Efectivo el 1 de Julio de 2024 - 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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 1703 | .50 |
| 1704 - 1874 | 9.00 |
| 1875 - 2044 | 19.50 |
| 2045 - 2214 | 32.00 |
| 2215 - 2385 | 46.00 |
| 2386 - 2555 | 62.00 |
| 2556 - 2725 | 79.00 |
| 2726 - 2896 | 98.50 |
| 2897 - 3066 | 104.50 |
| 3067 - 3236 | 110.50 |
| 3237 - 3407 | 116.50 |
| 3408 - 3577 | 122.50 |
| 3578 - 3747 | 128.00 |
| 3748 - 3833 | 132.50 |

| Tamaño de Familia 3 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 2152 | .50 |
| 2153 - 2367 | 11.50 |
| 2368 - 2582 | 25.00 |
| 2583 - 2797 | 40.50 |
| 2798 - 3012 | 58.00 |
| 3013 - 3228 | 78.00 |
| 3229 - 3443 | 100.00 |
| 3444 - 3658 | 124.00 |
| 3659 - 3873 | 132.00 |
| 3874 - 4088 | 139.50 |
| 4089 - 4303 | 147.00 |
| 4304 - 4519 | 154.50 |
| 4520 - 4734 | 162.00 |
| 4735 - 4841 | 167.50 |

| Tamaño de Familia 4 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 2600 | .50 |
| 2601 - 2860 | 13.50 |
| 2861 - 3120 | 30.00 |
| 3121 - 3380 | 49.00 |
| 3381 - 3640 | 70.00 |
| 3641 - 3900 | 94.50 |
| 3901 - 4160 | 121.00 |
| 4161 - 4420 | 150.00 |
| 4421 - 4680 | 159.50 |
| 4681 - 4940 | 168.50 |
| 4941 - 5200 | 177.50 |
| 5201 - 5460 | 186.50 |
| 5461 - 5720 | 195.50 |
| 5721 - 5850 | 202.50 |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 3834 - 3918 | 135.50 |
| 3919 - 4088 | 140.00 |
| 4089 - 4258 | 146.00 |
| 4259 - 4429 | 152.00 |
| 4430 - 4599 | 158.00 |
| 4600 - 4684 | 162.50 |

| Tamaño de Familia 3 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 4842 - 4949 | 171.50 |
| 4950 - 5164 | 177.00 |
| 5165 - 5379 | 184.50 |
| 5380 - 5594 | 192.00 |
| 5595 - 5810 | 199.50 |
| 5811 - 5917 | 205.00 |

| Tamaño de Familia 4 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 5851 - 5980 | 207.00 |
| 5981 - 6240 | 214.00 |
| 6241 - 6500 | 223.00 |
| 6501 - 6760 | 232.00 |
| 6761 - 7020 | 241.00 |
| 7021 - 7150 | 248.00 |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 4685 - 5427 | 162.50 |

| Tamaño de Familia 3 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 5918 - 6704 | 205.00 |

| Tamaño de Familia 4 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 7151 - 7981 | 248.00 |



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL COPAGO DE LOS PADRES

Efectivo el 1 de Julio de 2024 - 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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 3048 | .50 |
| 3049 - 3353 | 16.00 |
| 3354 - 3658 | 35.00 |
| 3659 - 3963 | 57.00 |
| 3964 - 4268 | 82.50 |
| 4269 - 4573 | 110.50 |
| 4574 - 4877 | 142.00 |
| 4878 - 5182 | 176.00 |
| 5183 - 5487 | 186.50 |
| 5488 - 5792 | 197.50 |
| 5793 - 6097 | 208.00 |
| 6098 - 6402 | 219.00 |
| 6403 - 6706 | 229.50 |
| 6707 - 6859 | 237.50 |

| Tamaño de Familia 6 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 3497 | .50 |
| 3498 - 3846 | 18.50 |
| 3847 - 4196 | 40.00 |
| 4197 - 4546 | 65.50 |
| 4547 - 4895 | 94.50 |
| 4896 - 5245 | 127.00 |
| 5246 - 5595 | 162.50 |
| 5596 - 5944 | 202.00 |
| 5945 - 6294 | 214.00 |
| 6295 - 6644 | 226.50 |
| 6645 - 6993 | 238.50 |
| 6994 - 7343 | 251.00 |
| 7344 - 7693 | 263.00 |
| 7694 - 7868 | 272.50 |

| Tamaño de Familia 7 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 3945 | .50 |
| 3946 - 4340 | 20.50 |
| 4341 - 4734 | 45.50 |
| 4735 - 5129 | 74.00 |
| 5130 - 5523 | 106.50 |
| 5524 - 5918 | 143.00 |
| 5919 - 6312 | 183.50 |
| 6313 - 6707 | 228.00 |
| 6708 - 7101 | 241.50 |
| 7102 - 7496 | 255.50 |
| 7497 - 7890 | 269.50 |
| 7891 - 8285 | 283.00 |
| 8286 - 8679 | 297.00 |
| 8680 - 8876 | 307.00 |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 6860 - 7011 | 243.00 |
| 7012 - 7316 | 250.50 |
| 7317 - 7621 | 261.50 |
| 7622 - 7926 | 272.00 |
| 7927 - 8231 | 283.00 |
| 8232 - 8383 | 291.00 |

| Tamaño de Familia 6 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 7869 - 8042 | 278.50 |
| 8043 - 8392 | 287.50 |
| 8393 - 8742 | 300.00 |
| 8743 - 9091 | 312.00 |
| 9092 - 9441 | 324.50 |
| 9442 - 9616 | 333.50 |

| Tamaño de Familia 7 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 8877 - 9074 | 314.00 |
| 9075 - 9468 | 324.50 |
| 9469 - 9863 | 338.50 |
| 9864 - 10257 | 352.00 |
| 10258 - 10652 | 366.00 |
| 10653 - 10775 | 376.50 |

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 5 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 8384 - 9258 | 291.00 |

| Tamaño de Familia 6 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 9617 - 10535 | 333.50 |

| Tamaño de Familia 7 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver 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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 4393 | .50 |
| 4394 - 4833 | 23.00 |
| 4834 - 5272 | 50.50 |
| 5273 - 5711 | 82.50 |
| 5712 - 6151 | 118.50 |
| 6152 - 6590 | 159.50 |
| 6591 - 7029 | 204.50 |
| 7030 - 7469 | 254.00 |
| 7470 - 7908 | 269.00 |
| 7909 - 8347 | 284.50 |
| 8348 - 8787 | 300.00 |
| 8788 - 9226 | 315.00 |
| 9227 - 9665 | 330.50 |
| 9666 - 9885 | 342.00 |

| Tamaño de Familia 9 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 4842 | .50 |
| 4843 - 5326 | 25.50 |
| 5327 - 5810 | 55.50 |
| 5811 - 6294 | 91.00 |
| 6295 - 6778 | 130.50 |
| 6779 - 7263 | 175.50 |
| 7264 - 7747 | 225.00 |
| 7748 - 8231 | 279.50 |
| 8232 - 8715 | 296.50 |
| 8716 - 9199 | 313.50 |
| 9200 - 9683 | 331.50 |
| 9684 - 10168 | 347.50 |
| 10169 - 10652 | 364.50 |
| 10653 - 10894 | 377.50 |

| Tamaño de Familia 10 | |
|----------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 0 - 5290 | .50 |
| 5291 - 5819 | 28.00 |
| 5820 - 6348 | 61.00 |
| 6349 - 6877 | 99.00 |
| 6878 - 7406 | 143.00 |
| 7407 - 7935 | 192.00 |
| 7936 - 8464 | 246.00 |
| 8465 - 8993 | 305.50 |
| 8994 - 9522 | 324.00 |
| 9523 - 10051 | 342.50 |
| 10052 - 10580 | 361.00 |
| 10581 - 11109 | 379.50 |
| 11110 - 11493 | 398.00 |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 9886 - 10105 | 350.50 |
| 10106 - 10544 | 361.50 |
| 10545 - 10983 | 376.50 |
| 10984 - 11014 | 392.00 |

| Tamaño de Familia 9 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| 10895 - 11136 | 385.50 |
| 11137 - 11254 | 398.50 |

| Tamaño de Familia 10 | |
|----------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |

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 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |

| Tamaño de Familia 9 | |
|---------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |

| Tamaño de Familia 10 | |
|----------------------|---------------|
| Ingreso Mensual | Cuota Mensual |
| Ver máximo arriba | |