



Provider ID: _____

Child Care Alternative Payment Program Schedule for Payment of Services/ Calendario de Pago de Servicios **2024-2025**

Attendance Sheet Due Date / Hoja de Asistencia Día de Entrega
Payment Mail Out/Direct Deposit Date / Día del Pago/Fecha de Deposito Directo
Holiday-CAPMC Office Closed / Días Festivo-CAPMC Oficina Cerrado

July '24							August '24							September '24						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
											1	2	3							
	1	2	3	4	5	6	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
7	8	9	10	11	12	13	11	12	13	14	15	16	17	8	9	10	11	12	13	14
14	15	16	17	18	19	20	18	19	20	21	22	23	24	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	25	26	27	28	29	30	31	22	23	24	25	26	27	28
28	29	30	31											29	30					

October '24							November '24							December '24						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
		1	2	3	4	5						1	2							
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	8	9	10	11	12	13	14
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	15	16	17	18	19	20	21
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	22	23	24	25	26	27	28
														29	30	31				

January '25							February '25							March '25						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
			1	2	3	4						1							1	
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	8
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	16	17	18	19	20	21	22
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					

April '25							May '25							June '25						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su	M	Tu	W	Th	F	Sa	Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
		1	2	3	4	5					1	2	3							
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	8	9	10	11	12	13	14
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	15	16	17	18	19	20	21
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	22	23	24	25	26	27	28
														29	30					

Please sign, date, and return with your documents. A copy will be mailed to you when your certification/enrollment is complete.
Por favor firme, ponga la fecha, y devuelva con sus documentos. Se le enviará una copia por correo cuando se complete su certificación/inscripción.

Provider Signature/Firma del Proveedor: _____ **Date/Fecha:** _____