CHÚNG TÔI CÓ THỂ GIÚP CUNG CẤP CHO GIA ĐÌNH QUÝ VỊ DINH DƯỠNG TỐT HƠN

QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐỂ NHẬN CALFRESH NẾU: QUÝ VỊ CÓ MỨC THU NHẬP THẤP HOẶC CỐ ĐỊNH VÀ KHÔNG NHẬN ĐƯỢC SSI/SSP.

Nếu số người trong gia đình của quý vị ở mức bên, BAO GỒM CHÍNH QUÝ VỊ	1	2	3	4	5	6	7
Quý vị có thể nhận được CalFresh nếu tổng thu nhập hàng tháng của quý vị dưới mức:	$2,024	$2,744	$3,464	$4,184	$4,904	$5,624	$6,344

- Để biết thêm thông tin hoặc để đăng ký, hãy gọi số miễn phí: **2-1-1** hoặc đăng ký trực tiếp tại **GetCalFresh.org** hoặc **MyBenefitsCalwin.org.**
- Nếu quý vị muốn biết các bước cần thực hiện cho sức khỏe tốt hơn, hãy truy cập vào **EatFresh.org**

COUNTY OF SAN DIEGO HHSA HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY | LIVE WELL SAN DIEGO | calfresh BETTER FOOD FOR BETTER LIVING