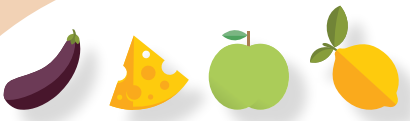
我们可以为您的家人提供更好的营养



如果您满足以下条件，即可享受 CALFRESH:
您属于低收入或固定收入群体。

如果您的家庭人口（包括您自己）超过：	1	2	3	4	5	6	7
如果您的每月总收入低于以下数额，则您可 享受 CalFresh:	$2,660	$3,608	$4,554	$5,500	$6,448	$7,391	$8,340

如何申請：

免费电话：**2-1-1**

在线方式：**BenefitsCal.com**

BenefitsCal

请前往**EatFresh.org**了解具体步骤，拥抱更健康的生活

COUNTY OF SAN DIEGO Health and Human Services Agency

LIVE WELL SAN DIEGO

CalFresh FOOD