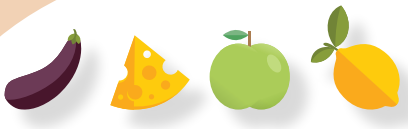
우리는 더 나은 영양으로 귀하의 가족을 도울 수 있습니다.



다음과 같은 경우 **CALFRESH** 자격이 있을 수 있습니다. 소득이 낮거나 고정 소득이 있는 경우

자신을 포함한 가족 구성원이 다음과 같은 경우:	1	2	3	4	5	6	7
총 월 소득이 다음보다 적으면 CalFresh를 받을 수 있습니다:	$2,660	$3,608	$4,554	$5,500	$6,448	$7,391	$8,340

신청 방법:

무료 전화: **2-1-1**

온라인 신청: **BenefitsCal.com**

BenefitsCal

건강 관련 정보: **EatFresh.org**

COUNTY OF SAN DIEGO Health and Human Services Agency

LIVE WELL SAN DIEGO

CalFresh FOOD