

لا حاجة للانتظار في طابور

تقدم بطلب للحصول على CalFresh و / أو
Medi-Cal و / أو CalWORKs

الحد الأدنى من المعلومات المطلوبة
لتقديم الطلب هو:

- الاسم
- العنوان
- التوقيع

البريد أو الفاكس

تقديم الطلبات والمستندات

- إرسال بريد إلى:
صندوق بريد 939043 سان دييغو،
كاليفورنيا 92193

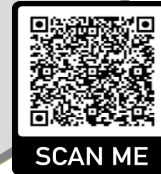
- إرسال الفاكس إلى:
619-236-9167



على الهاتف أو شخصياً

- اتصل بـ **2-1-1**
 - طلب معلومات عامة.

- لدى مركز موارد العائلة المحلي.



SCAN ME

عبر الإنترنت

في [BenefitsCal.com](https://www.BenefitsCal.com)

- تقديم الطلبات والمستندات والتقارير والتحديثات.
- تحقق من حالة المزايا / الفوائد الخاصة بك.



SCAN ME

هل تحتاج إلى إجابة
على أسئلة؟

الخط الساخن لـ EBT - على الرقم 1-877-328-9677

رصيد حساب EBT، والإبلاغ عن البطاقة المفقودة/المسروقة، و طلب بطاقة بديلة، و التحقق من سجل عمليات الشراء.

الوصول مركز خدمة العملاء

من الاثنين إلى الجمعة - 7:00 صباحاً - 5:00 مساءً

تحقق من حالة طلبك و منافعك و أطلب المعلومات.

الرقم المجاني: 1-866-262-9881

TDD (ضعاف السمع): 7-1-1



LIVE WELL
SAN DIEGO