

줄을 서서 기다릴 필요가 없습니다

CalFresh, Medi-Cal 및/또는 CalWORKs 신청하기

신청서를 제출하는 데 필요한
최소 정보는 다음과 같습니다.

- 이름
- 주소
- 서명

메일 또는 팩스

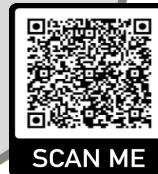
신청서 및 서류 제출

- 우편 주소:
PO Box 939043
San Diego, CA 92193
- 팩스:
619-236-9167



전화 또는 직접 방문

- [2-1-1](#)로 연락하세요
 - 일반 정보 요청하기
- 지역 가족 자원 센터 방문



온라인 BenefitsCal.com

- 신청서, 문서, 보고서,
갱신서를 제출합니다.
- 혜택 상태를 확인합니다.

질문에 대한
답변이

EBT 핫라인 - 1-877-328-9677

EBT 계좌 잔액, 카드 분실/도난 신고, 카드 교체 요청,
거래 내역 확인

고객 서비스 센터 연락

월요일~금요일, 오전 7:00~오후 5:00
신청 상태 확인, 혜택 확인 및 정보 요청하기

무료 전화: 1-866-262-9881

TDD(청각 장애인 경우): 7-1-1



LIVE WELL
SAN DIEGO