

# 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



질문에 대한 답변이



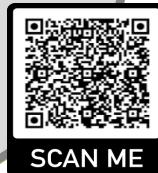
### 온라인 [BenefitsCal.com](http://BenefitsCal.com)

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



### 전화 또는 직접 방문

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



SCAN ME

**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