

DEJE DE HACER FILA

Solicite beneficios de CalFresh, Medi-Cal y/o CalWORKs

*La información **mínima** que se necesita para enviar una solicitud es la siguiente:*

- Nombre
- Dirección
- Firma

Envíos por Correo ó Fax

Envíe solicitudes ó documentos

- Envíe por correo:
PO Box 939043
San Diego, CA 92193
- Fax al:
619-236-9167



Por Teléfono ó en Persona

- Llame al **2-1-1**
 - También podrá obtener información general.
- En un Centro de Recursos Familiares local.



SCAN ME

En Línea

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

- Envíe su solicitud, documentación, reportes y renovaciones.
- Revise el estado de sus beneficios.



SCAN ME

¿Necesita
Respuesta a sus
Preguntas?



EBT Hotline – 1-877-328-9677

Revisar su balance, reportar su tarjeta perdida/dañada, pedir remplazo de tarjeta, revisar historial de transacciones.

Centro de Servicio al Cliente: Access

Lunes a Viernes – 7:00 AM – 5:00 PM

También podrá revisar el estado de su solicitud, sus beneficios y obtener información de su caso.

Número Gratuito al: 1-866-262-9881

TDD (Para Discapacidad Auditiva): 7-1-1



LIVE WELL
SAN DIEGO