

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

- 우편 주소: PO Box 939044
San Diego, CA 92193
- 신청서 및 서류 제출
- 팩스: 619-236-9167



문서를 제출해야 하나요?

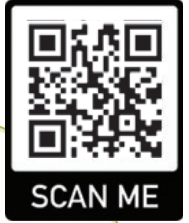


전화 또는 직접 방문

- **2-1-1**로 연락하세요.
 - 일반 정보 요청하기
- 지역 가족 자원 센터에서



컴퓨터, 휴대폰 또는 태블릿을 사용
이동하기: SanDiegoCounty.gov
검색창에 **LaterDocs**를 입력합니다.
그런 다음 안내에 따라 진행합니다.



온라인

- BenefitsCal.com에서
 - 혜택 상태 확인, 문서, 보고서 및 갱신 사항 제출
- CalFresh만 신청할 경우:

GetCalFresh.org



SCAN ME

질문에 대한 답변이 필요한가요?



EBT 핫라인 - 1-877-328-9677

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

고객 서비스 센터에 연락

월요일~금요일 오전 7시~오후 5시

신청 상태, 혜택 확인 및 정보 요청하기

무료 전화: 1-866-262-9881

TDD(청각 장애인 경우): 7-1-1



SCAN ME