

# 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
- Domicilio
- Firma

### Envíos por Correo ó Fax

- Envíe por correo:  
PO Box 939044  
San Diego, CA 92193
- Envíe solicitudes ó documentos
- Fax al: 619-236-9167



### Por Teléfono ó en Persona

- Llame al [2-1-1](tel:2-1-1)
  - También podrá obtener información general
- En un Centro de Recursos Familiares local



### En Línea

- En [BenefitsCal.com](http://BenefitsCal.com)
  - Envíe su solicitud y documentación, puede revisar el estado de sus beneficios, obtener información, enviar documentos, reportes y renovaciones
- Para solicitar solo CalFresh: [GetCalFresh.org](http://GetCalFresh.org)



## ¿Necesita Enviar Documentos?

Usando su Computadora, Teléfono Inteligente o Tableta Visite: [SanDiegoCounty.gov](http://SanDiegoCounty.gov)

Escriba **LaterDocs** en el recuadro de búsqueda Luego siga las indicaciones



## ¿Necesita Respuesta a sus Preguntas?



### EBT Hotline – 1-877-328-9677

Revisar Su Balance, Reportar Su Tarjeta Perdida/Dañada, Pedir Reemplazo 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

