



Fondo de Innovación en Salud Rural (RHIF) - Formulario de apelación del solicitante

Acerca de este formulario: El Fondo de Innovación en Salud Rural (Rural Health Innovation Fund (RHIF, por sus siglas en inglés)) es un fondo de inversión estatal administrado por el Departamento de Tecnología de Información de Carolina del Norte, Oficina de Oportunidades Digitales, dentro del Programa de Transformación de Salud Rural de Carolina del Norte. RHIF distribuye aproximadamente \$20 millones por año, durante cinco años para ayudar a los proveedores de atención médica rural a evaluar las necesidades digitales y modernizar la infraestructura mediante la prueba y la ampliación de nuevas soluciones digitales y tecnologías emergentes que mejoran la atención, agilizan los flujos de trabajo, y mejoran la participación de los pacientes.

Propósito de este formulario: Este es el formulario requerido para apelar una decisión sobre la elegibilidad de su organización para el Fondo de Innovación de Salud Rural. Complete todos los campos obligatorios (marcados con *) y proporcione una descripción clara explicando la base de su apelación.

Archivos adjuntos: Puede incluir hasta tres (3) páginas de archivos adjuntos como parte de su presentación de apelación. Utilice las instrucciones de envío en la página 2 para adjuntar archivos de apoyo, o envíelos por correo electrónico junto con este formulario.

Sección 1 - Información de la organización

Nombre *

Apellido *

Nombre legal de la organización *

Nombre legal exacto registrado en la Secretaría de Estado de Carolina del Norte

Organización NPI (Tipo 1 o Tipo 2) *

Identificador de proveedor nacional de 10 dígitos (tipo 1 o tipo 2)

ID de evaluación de ingreso *

ID de la solicitud *(si corresponde)*

Correo electrónico de la organización *

Preferiblemente el mismo correo electrónico proporcionado durante la evaluación de ingreso.

Motivo de la apelación 1 *

Motivo de la apelación 2 *

Motivo de la apelación 3 *

Sección 2 - Explicación narrativa y presentación

Explicación narrativa *

Explique claramente las razones de su apelación, haciendo referencia a los criterios de elegibilidad específicos en cuestión.

☐ Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y que está correcta a mi leal saber y entender. *

Firma *

Fecha (MM/DD/AAAA) *

Envío: Una vez que haya completado todos los campos, guarde este formulario completo, reúna sus archivos adjuntos (hasta 3 páginas) y envíelos por correo electrónico a RHIF@nc.gov.

Revisión del envío: Tras el envío, espere 21 días naturales para la revisión. La decisión se enviará por correo electrónico desde RHIF@nc.gov a la(s) dirección(es) de correo electrónico registrada(s) (incluida la dirección de correo electrónico anterior).

Divulgación de la Enmienda Stevens: Esta publicación cuenta con el apoyo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) como parte de una subvención de asistencia financiera por un total de \$213,008,356.47 con el 100% financiado por CMS/HHS. Los contenidos pertenecen al autor y no representan necesariamente las opiniones oficiales ni el respaldo de CMS/HHS ni del gobierno de los EE. UU.