



2025 Solicitud de Afiliación Internacional

*La información proporcionada en esta solicitud, con la excepción de la información de pago, puede ser utilizada en las publicaciones de HACU incluyendo el Directorio de Afiliados y podrá ser utilizada por HACU y por otras organizaciones para distribuir información a los contactos mencionados en esta solicitud.

I. Institución Solicitante

Nombre de la Institución: _____

Privada o Pública: _____ Página Web de la Institución: _____

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

(Incluya los prefijos de su país, estado y ciudad)

II. Información Sobre Inscripción Total y Programas Principales

1. Semestre que Corresponde a los Datos (ej. otoño, primavera, etc.) _____

2. Indique el Mes y Año del Semestre que Corresponden a estos Datos _____

3. Inscripción Total de Estudiantes (del semestre mencionado anteriormente) _____

4. Los Tres Programas Principales de Estudios (Carreras) de la Institución y el Número de Estudiantes Matriculados en Estos Programas:

	Tres Programas de Estudios (Carreras) ej. medicina, ingeniería, etc.	Número de Estudiantes Matriculados en Estos Programas
1.		
2.		
3.		

III. Contactos Institucionales

Les solicitamos la información de contacto de seis personas de su institución. Estos contactos recibirán nuestras comunicaciones que se envían regularmente a todos nuestros afiliados. Favor de proporcionarnos la información de contacto del siguiente personal de su institución:

1. Rector

Nombre Completo (Dr., Lic., etc.): _____

Cargo: _____ Departamento: _____

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____ E-mail: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ (Incluya los prefijos de su país, estado y ciudad)

2. Ejecutivo de su Institución que servirá como principal Contacto de HACU

Nombre Completo (Dr., Lic., etc.): _____

Cargo: _____ Departamento: _____

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____ E-mail: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ (Incluya los prefijos de su país, estado y ciudad)

3. Director de Programas Internacionales

Nombre Completo (Dr., Lic., etc.): _____

Cargo: _____ Departamento: _____

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____ E-mail: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ (Incluya los prefijos de su país, estado y ciudad)

4. Asistente Administrativo(a) (del Rector o del Ejecutivo de su Institución que servirá como principal Contacto de HACU)

Nombre Completo (Dr., Lic., etc.): _____

Cargo: _____ Departamento: _____

Dirección 1: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____ E-mail: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ (Incluya los prefijos de su país, estado y ciudad)

5. Director de Ayuda Financiera al Estudiante

Nombre Completo (Dr., Lic., etc.): _____
Cargo: _____ Departamento: _____
Dirección 1: _____ Dirección 2: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
País: _____ E-mail: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ (Incluya los prefijos de su país, estado y ciudad)

6. Director de Prácticas Profesionales y de Egresados

Nombre Completo (Dr., Lic., etc.): _____
Cargo: _____ Departamento: _____
Dirección 1: _____ Dirección 2: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
País: _____ E-mail: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ (Incluya los prefijos de su país, estado y ciudad)

IV. Declaración del Rector

La siguiente declaración puede ser firmada por el Rector de la institución solicitante o por un representante del Rector.

• Autorización de Afiliación

Declaro que el Rector de la institución solicitante autoriza enviar esta solicitud de afiliación internacional a HACU. Nos damos por enterado que esta es únicamente una solicitud enviada para su aprobación y que no nos garantiza aceptación automática como institución afiliada a HACU.

• Compatibilidad con la Misión de HACU

Declaro que la institución solicitante está de acuerdo con los propósitos de la Asociación (HACU) y llevará a cabo las acciones apropiadas para lograrlos. La misión de HACU es “promover el desarrollo de las instituciones afiliadas a HACU; mejorar el acceso y la calidad de oportunidades educativas a nivel post-preparatoria para los estudiantes hispanos; y responder a las necesidades de los sectores empresarial y gubernamental a través de programas de colaboración y compartiendo recursos e información.” Para recibir una copia de los estatutos de HACU, visite nuestra página Web o comuníquese con HACU al (210) 576-3244 ó envíe un correo electrónico a oraliadelosreyes@hacu.net.

• Institución de Educación Superior

Declaro que la institución solicitante es una institución de educación superior que puede otorgar títulos universitarios o de post-bachillerato y que está debidamente autorizada por las autoridades competentes para operar en el país que radica. **La documentación necesaria que confirme que somos una institución de educación superior sancionada por el gobierno deberá de ser proporcionada por nosotros junto con esta solicitud.**

Nombre Completo del Rector (o su representante) _____

Firma _____ Fecha _____

V. Método de Pago y Envío

Una vez aprobada la solicitud de afiliación por nuestra asociación, se les notificará por correo electrónico al **Rector** y al **Ejecutivo de su Institución que sirve como principal Contacto de HACU** mencionados en esta solicitud. El Departamento de Afiliados les proporcionará la factura de afiliación. Si realiza su pago mediante una tarjeta de crédito, se le hará el cargo una vez que HACU apruebe su afiliación. Si el pago lo hace de otra forma, este pago deberá de ser recibido en nuestras oficinas dentro de **60 días** a partir de la fecha en que su afiliación haya sido aprobada. La afiliación en HACU es normalmente por un año, del 1 de enero al 31 de diciembre.

Para el año 2025, la cuota de Afiliación Internacional de HACU es de **\$2,500 USD**.

Cheque (en USD a nombre de “HACU”)

Tarjeta de Crédito: American Express VISA MasterCard

Número de Cuenta: _____ Mes y Año de Vencimiento: _____

Número de Código de Seguridad situado al reverso de la tarjeta: _____

Nombre Completo como aparece en la tarjeta: _____ Firma del Titular: _____

*** Para su seguridad, si realiza su pago con tarjeta de crédito favor de no mandar esta solicitud por correo electrónico***

Transferencia Electrónica. Si elige esta opción, nosotros le mandaremos los datos necesarios para realizar esta transferencia bancaria junto con la factura correspondiente una vez que la afiliación de su institución haya sido aprobada.

VI. Preguntas

1. ¿Cómo se enteró de HACU? _____
2. ¿Cuál es la razón principal que lo motivó a afiliarse a HACU? _____
3. ¿Qué espera lograr con su afiliación en HACU? _____

Por favor envíe la Solicitud de Afiliación Internacional a:

Hispanic Association of Colleges and Universities (HACU)

Membership Department • 4801 NW Loop 410, Suite 701 • San Antonio, Texas 78229 • USA

Tel: (210) 576-3244 • Fax: (210) 576-3292 • E-mail: memberinfo@hacu.net