

# Wisconsin Department of Safety and Professional Services

**Mail To:** P.O. Box 8935  
 Madison, WI 53708-8935  
**FAX #:** (608) 251-3036  
**Phone #:** (608) 266-2112

**Office Location:** 4822 Madison Yards Way  
 Madison, WI 53705  
**E-Mail:** [dsps@wisconsin.gov](mailto:dsps@wisconsin.gov)  
**Website:** <http://dsps.wi.gov>

## DIVISION OF PROFESSIONAL CREDENTIAL PROCESSING

### VERIFICATION OF LICENSURE

**APPLICANT: Complete top portion of this form and forward to Registration Agency.** Proper completion of this form (Form#3020) is required for processing of the application. Any alteration made to the form will void the form. Failure to submit proper documentation will delay processing of your credential application. Form letters from other jurisdictions are acceptable. A fee may be required from the Registration Agency.

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>MI</b>	<b>Former / Maiden Name(s)</b>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Address</b> (street, city, state, zip)			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Original State of Licensure: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Credential Number: <input style="width: 150px;" type="text"/>	Date of Birth: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	

**REGISTRATION AGENCY: Complete Section below and return directly to DSPS:** You may fax/email to: (608) 251-3036 or [DSPSCREDBAC@wisconsin.gov](mailto:DSPSCREDBAC@wisconsin.gov).

Basis of Registration: <input type="checkbox"/> Exemption <input type="checkbox"/> Reciprocity <input type="checkbox"/> Examination <input type="checkbox"/> Other <input style="width: 100px;" type="text"/>		
License(s) Held	Issued Date	Expiration Date
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<p><b>Is there any disciplinary action pending or was any formal disciplinary action ever taken against the above named individual?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    If yes, please attach additional sheet with details.</p>		
<p><b>Form completed by:</b></p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p><b>Date</b></p> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<p><b>Title</b></p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p><b>State</b></p> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	